

Elizel Monteiro dos Santos

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL:
UMA DESCRIÇÃO SOB O ENFOQUE EQUIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Wallace Dos Santos

BRASÍLIA
2018

Elizel Monteiro dos Santos

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL:
UMA ANÁLISE SOB O ENFOQUE DA REDUÇÃO DE INEQUIDADE

Brasília, dezembro de 2018.

Prof.^a Dra. Claudia Mara Pedrosa
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a Dr. Mauro Niskier Sanchez
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. MSc. Wallace Dos Santos
Orientador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela realização desse sonho e pela força que me concedeu durante toda minha vida e principalmente nos anos de faculdade. Agradeço minha família pelo apoio e a motivação para continuar estudando mesmo nos momentos mais difíceis. Agradeço, mesmo sem palavras para agradecer, ao meu professor e orientador, Wallace Dos Santos, que esteve presente desde o início da minha formação acadêmica até essa etapa final, sempre me orientando a fazer as melhores escolhas. Ao Departamento de Saúde Coletiva, e em especial aos professores (as), Iêda Dias, Marcelo Pedra, Leonor Pacheco, Cláudia Pedrosa, que também tiveram grande influência na minha formação. Agradeço aos meus colegas que estiveram comigo nessa jornada. E agradeço por não ter desistido, e ter aguentado todas as dificuldades que encontrei no caminho.

RESUMO

SANTOS, Elizel Monteiro. Distribuição das equipes de Saúde da Família no Distrito Federal: uma análise sob o enfoque da redução da iniquidade. 2018. (TCC – graduação em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília.

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de atenção à saúde que tem foco o cuidado integral do indivíduo e da sua família e é visto nacionalmente e internacionalmente como fortalecedor da Atenção Primária à Saúde na organização dos serviços de saúde, bem como modelo capaz de minimizar as iniquidades em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar a distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das equipes de Saúde da Família, por setor censitário, com enfoque na redução de iniquidade, empregando o Índice de Vulnerabilidade da Saúde e a densidade demográfica. Os resultados mostraram que o Distrito Federal tem uma população heterogênea quando se trata de vulnerabilidade, e que a maioria dos setores censitários de alto risco estão nas zonas periféricas. O estudo também mostrou que a maioria das unidades e equipes estão localizadas em lugares de grande densidade demográfica e de maior vulnerabilidade, embora ainda seja necessário aumentar o número de equipes e de unidades básicas de saúde para uma adequada cobertura do modelo adotado.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Disparidades nos Níveis de Saúde. Vulnerabilidade em Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Indicadores selecionados para o cálculo do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (Censo, 2010).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição das UBSs e das eSF no Distrito Federal.

Figura 2: Índice de Vulnerabilidade da Saúde por setor censitário no Distrito Federal (Censo, 2010).

Figura 3: Densidade demográfica (hab/km²) por setor censitário no Distrito Federal (Censo, 2010).

Figura 4: Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Central segundo a Densidade Demográfica.

Figura 5: Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Centro-Sul segundo a Densidade Demográfica.

Figura 6: Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Sul segundo a Densidade Demográfica.

Figura 7: Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Norte segundo a Densidade Demográfica.

Figura 8: Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Leste segundo a Densidade Demográfica.

Figura 9: Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Sudeste segundo a Densidade Demográfica.

Figura 10: Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Sudeste segundo a Densidade Demográfica.

Figura 11: Distribuição das UBSs e eSF segundo o IVS por setor censitário no Distrito Federal.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das UBSs e das eSF no Distrito Federal por Região Administrativa e média de equipes por UBS, set/2018.

Tabela 2: Índice de Vulnerabilidade da Saúde por setor censitário e pela população do Distrito Federal (Censo, 2010).

Tabela 3. Densidade demográfica (hab/km²) do Distrito Federal por setor censitário, em tercís, e pela população (Censo, 2010).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE – Agente de combate às endemias

ACS – Agente comunitário da saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe Saúde da Família

DF – Distrito Federal

IVS – Índice de Vulnerabilidade da Saúde

MS – Ministério da Saúde

PDADDF – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

RA – Região Administrativa

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	10
1.2 DESIGUALDADE EM SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	12
1.3 DISTRITO FEDERAL E A ORGANIZAÇÃO DA APS NO SEU TERRITÓRIO	13
2. METODOS	15
2.1 CÁLCULO IVS-DF.....	15
2.2 CÁLCULO DO IVS-DF E DA DENSIDADE DEMOGRÁFICA.....	15
2.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
5. REFERÊNCIAS.....	31
6. APÊNDICES	35

1. INTRODUÇÃO

Conquistada através de reivindicações, a saúde passou a ser um dever do Estado e direito de todo cidadão brasileiro. O Sistema Único de Saúde, nascido a partir da Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas leis nº 8080/90 e 8142/90, trata-se de um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado pelos órgãos públicos em todo território nacional, que veio para cumprir esse dever (Brasil, 1990).

Com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, o SUS trabalha toda a complexidade da saúde do indivíduo, uma vez que saúde não se trata apenas da ausência da doença. A universalidade implica que toda a população tenha acesso aos serviços de saúde. Com a equidade compreende-se que as demandas de cada pessoa são diferentes, uma vez que as pessoas se diferem entre si. O último princípio, a integralidade, considera um conjunto de serviços, capazes de produzir cuidado pleno, de modo a atender as necessidades individuais e da população (Brasil, 1988).

Por trás desses princípios, o SUS tem objetivos mais abrangentes, que são promover justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, através de políticas sociais e econômicas, para reduzir o risco dos agravos e promover o acesso universal e igualitários às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2011). Para tanto, necessita de uma forma de organização que possa cumprir tais objetivos, dessa forma, o Brasil tem a Atenção Primária à Saúde – APS como a responsável por coordenar o cuidado e ordenar o fluxo nos serviços de saúde, uma vez que possui a lógica das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade do SUS.

A Atenção Primária à Saúde pode ser entendida, além de uma estratégia para a organização do sistema de atenção à saúde, como a base para as Redes de Atenção à Saúde – RAS, e a principal porta de entrada para o sistema de saúde (Mendes, 2011), sendo então, responsável por ser o primeiro contato do usuário no sistema. Além de ser o primeiro contato, a APS apresenta a longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural como atributos essenciais; e resolubilidade, comunicação e responsabilização como funções (Mendes, 2012).

O documento inicial que trouxe a APS como uma organizadora do sistema de atenção à saúde através dos níveis de atenção e a relação entre eles, foi o Relatório de Dawson em 1920, Reino Unido (Mendes, 2012). Através desse documento começou-se a pensar nas RAS coordenadas pelas APS.

Anos seguintes, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu na cidade de Alma-Ata, República do Cazaquistão, no ano de 1978, trouxe uma definição de APS na qual é entendida como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação [...] (OMS, 1978).

Existem vários modelos de atenção à saúde e que variam conforme as necessidades da população. Segundo Gil et al (2013), modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população. No Brasil, adota-se como modelo prioritário para a APS a Estratégia Saúde da Família – ESF (Brasil, 2017).

1.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Durante o percurso do SUS desde a sua criação, faz-se uso de políticas e de programas para garantir o cuidado integral à população brasileira. Tais políticas são pensadas para atender as necessidades plenas da população, buscando trazer soluções que condizem com a realidade do território.

O Programa Saúde da Família – PSF, criado em 1994, integra essas políticas, visando, além de efetivar os princípios universalidade, integralidade e equidade, contrapor os modelos tradicionais, reestruturar o sistema de saúde e organizar a atenção primária (Brasil, 2010).

Posteriormente, através da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, no ano de 2006, o PSF foi estendido em todo território nacional, passando a ser estabelecido nacionalmente como Estratégia Saúde da Família.

De acordo com a recente revisão da PNAB (Brasil, 2017), as equipes de Estratégia da Saúde da Família – eSF, são compostas minimamente por médico, preferencialmente de especialidade medicina da família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde (ACS). Além desses profissionais, a

política diz que o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal), podem fazer parte da equipe (Brasil, 2017).

A formação da eSF por uma equipe multidisciplinar, tem a finalidade de cumprir as primícias fundamentais da ESF, com foco na saúde, não apenas na doença, trabalhando com a prevenção e promoção da saúde, bem como o cuidado com o olhar para toda a família, não somente para o indivíduo, além de construir um vínculo contínuo com o usuário. Aponta ainda, Soratto *et al* (2015), que a ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, propondo “uma articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde”.

As equipes da Saúde da Família têm um território de abrangência delimitado para atender uma população entre 2.000 a 3.500, podendo variar conforme as vulnerabilidades, riscos e a dinâmica da comunidade (PNAB, 2017). Essa delimitação, junto com a quantidade de 4 equipes por UBS sugerido pela PNAB, visa atender os princípios de continuidade do cuidado, longitudinalidade e o vínculo com a família, uma vez que as UBS e eSF com uma quantidade muito elevada de usuários pode comprometer o processo de trabalho das equipes.

Nesse contexto, surge o desafio de levar assistência à saúde para toda população, sobretudo a exposta às situações vulneráveis, pois existem barreiras que muitas das vezes impedem o acesso do indivíduo aos serviços de saúde.

Esses empecilhos, como os fatores socioeconômicos, sociais e ambientais, contribuem de forma negativa em todo o curso da vida, uma vez que o equilíbrio saúde-doença é determinado por esses fatores (Carrapato *et al*, 2017). Dessa maneira, uma parcela da população a ter menos acesso a saúde do que outras, evidenciando assim as desigualdades em saúde, promotoras e catalisadoras de iniquidades, que prejudicam a qualidade de vida das pessoas e alcançam até mesmo o desenvolvimento do Estado.

1.2 DESIGUALDADE EM SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.

Entende-se desigualdade como a ausência de equilíbrio que acontece na sociedade principalmente por fatores econômicos e demográficos. Quando se trata da

área de saúde essa concepção de desigualdade vai além desse desequilíbrio, uma vez que a sociedade também apresenta desigualdade no fator social, na qual, contribui para que algumas pessoas tenham mais acesso a recursos do que outras. Por consequência, essas desigualdades levam com que algumas populações se tornem mais vulneráveis e com mais risco à saúde. Nesse ponto é importante destacar a diferença entre desigualdade e iniquidade em saúde.

Para Barreto (2017), desigualdades são as diferenças perceptíveis e que são possíveis de medir, existentes tanto nas condições de saúde e também relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde, já as iniquidades, estariam relacionadas às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. De uma forma geral, a iniquidade é a tradução da desigualdade, podendo ela ser justa ou injusta. O autor esclarece ainda que a classificação de justo ou injusto pode variar de sociedade.

Na saúde essas diferenças são possíveis de identificar através dos determinantes e condicionantes da saúde. Os Determinantes Sociais da Saúde – DSS, são alguns fatores que influenciam de forma direta ou indireta a incidência de agravos de saúde de um indivíduo ou de uma população. Esses fatores podem ser biológicos, sociais, culturais, econômicos, étnicos/raciais e psicológicos. O modelo de Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008) mostra de forma bem clara como esses fatores estão próximos ou distantes do indivíduo, de forma que, quanto mais próximo, mais influência tem sobre o indivíduo. Como destaca Buss e Filho (2007), esse modelo, apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a origem das iniquidades. Porém, alguns estudos já foram realizados no Brasil e no mundo para tentar explicar a origem e causas dessas desigualdades.

Rita Barata (2009) no seu estudo sobre desigualdades sociais, aponta algumas teorias que tentam explicar como processo de produção da saúde e da doença reflete sobre a distribuição do estado de saúde na população. Ela cita, entre várias teorias, a teoria estruturalista, na qual expõe que a renda de uma população ou a riqueza dos países é o principal determinante do estado de saúde. Noronha e Andrade (2002) também apontam três fatores que influenciam o estado de saúde do indivíduo: fatores associados às preferências dos indivíduos, fatores exógenos aos indivíduos e mais uma vez os fatores associados às condições socioeconômicas.

Mesmo com os vieses de preferências individuais sobre as condições

econômicas, fica claro que o fator monetário influencia na área saúde, e priva algumas populações de terem acesso aos serviços de saúde. Em conjunto da situação econômica, as condições de moradia, o ambiente urbano inadequado, condições de trabalho insalubres são fatores que mais afetam negativamente as condições de saúde de uma população (Barreto, 2017).

Para solucionar esse problema, são necessárias medidas que visem minimizar ou acabar com essas desigualdades. Na saúde, é possível alcançar esse objetivo através de políticas, não só no escopo da saúde, mas também nas outras áreas, uma vez que, como mostra Barreto (2017), políticas que melhorem as condições econômicas ou fortaleçam a proteção social têm impactos positivos nas condições de saúde, pois como destaca Carrapato et al (2017), é inquestionável que as condições sociais, ambientais e econômicas possuem grande influência sobre as condições de saúde das populações.

1.3 DISTRITO FEDERAL E A ORGANIZAÇÃO DA APS NO SEU TERRITÓRIO

Por sua natureza, o Distrito Federal se distingue dos outros entes da federação, acumulando para si responsabilidades tanto da esfera estadual quanto da esfera municipal. Assim, para cumprir as atribuições no âmbito da saúde, incluindo a descentralização e a cogestão, atualmente o DF se estrutura em sete Regiões de Saúde, que comportam as 31 Regiões Administrativas do DF.

De acordo com a atual estrutura administrativa da Secretária de Saúde do Distrito Federal – SES/SD, regulamentada pelo Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018 e suas alterações, as regiões de saúde estão divididas da seguinte forma:

- **Região de Saúde Central:** Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Asa Sul, Lago Sul;
- **Região de Saúde Centro-Sul:** Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Estrutural;
- **Região de Saúde Norte:** Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal;
- **Região de Saúde Sul:** Gama e Santa Maria;
- **Região de Saúde Leste:** Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião;
- **Região de Saúde Oeste:** Ceilândia e Brazlândia;

- **Região de Saúde Sudoeste:** Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia.

Para a organização da APS, o DF vem adotando, segundo Gottems (2010), a Estratégia Saúde da Família como modelo de reorganização da Atenção Primária a partir de meados da década de 90, e no decorrer dos anos passou por sucessivas mudanças na implantação a cada nova gestão do Governo do Distrito Federal. Porém, nunca foi possível concretizar totalmente a implantação integral da ESF pela descontinuidade do projeto pelas sucessivas gestões.

A não continuidade da ESF e a coexistência desarmônica de outros modelos colaboraram para que o DF tivesse a menor cobertura da ESF no Brasil, apenas 14,3% (Malta, 2016) e tornou sua APS frágil e pouco resolutiva (SES/DF, 2016).

No levantamento feito pela SES/DF, estimou-se que cerca de 65% dos usuários que buscam as emergências no DF poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na APS, número abaixo do que já foi apontado em estudos nacionais e internacionais, nos quais mostram que a APS é capaz de resolver mais de 80% dos problemas de saúde da população (Starfield, 2002).

Em vista de tais fatos, o Distrito Federal passou por mais uma mudança de modelo de atenção à saúde, dessa vez tornando absoluto o modelo de APS. Assim, com a Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, a Estratégia Saúde da Família, foi essencialmente incorporada na nova Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal do Distrito Federal, tornando-a modelo prioritário e único no território do DF (SES/DF, 2017).

É nesse contexto e sob tal justificativa que este trabalho objetivou analisar a distribuição das equipes de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, segundo a densidade demográfica populacional e as populações de mais vulneráveis risco no ano de 2018.

2. MÉTODOS

Este estudo descritivo buscou identificar a distribuição das equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde – UBS no território do Distrito Federal, usando como parâmetro o Índice de Vulnerabilidade da Saúde – IVS e a densidade demográfica categorizadas por setores censitários, distribuindo as unidades básicas de

saúde na área do DF, com seu quantitativo de equipes, produzindo visualização gráfica da distribuição, por meio de georreferenciamento.

O IVS, proposto em 1998 pelo município de Belo Horizonte, é um indicador composto que incorpora variáveis dos sistemas de informação de saúde e de urbanização, e tem por objetivo evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos e propiciar a identificação de áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis dentro do espaço urbano delimitado, além de nortear políticas públicas de saúde e priorizar alocação de recursos (BH, 2013).

Uma das limitações desse indicador é o peso das variáveis, uma vez que não tem um comparador, o mérito de cada variável torna-se relativo (PBH, 2003).

2.1 COLETA DE DADOS

Os dados referentes aos setores censitários (população, área), limite de cada setor, e os dados do IVS (Saneamento, Habitação, Escolaridade, Renda, Social, Entorno), foram obtidos pelo Censo 2010 no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Os dados que tratam da distribuição geográfica da UBSs foram obtidos na sala de situação de saúde do Distrito Federal (<https://salasit.saude.df.gov.br/>). Os dados que tratam sobre a quantidade de UBSs e suas respectivas eSFs foram cedidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

Para o cálculo da densidade demográfica e do IVS utilizou os dados do último censo realizado no Brasil, 2010. Os valores estão segredados por setor censitário o que permitiu uma análise mais precisa da distribuição geográfica da densidade demográfica. Para a análise da densidade demográfica os dados foram estratificados em tercís.

Para a sistematização dos dados e geração dos mapas utilizou-se o software QGIS versão 3.2.3.

2.2 CÁLCULO DO IVS-DF E DA DENSIDADE DEMOGRÁFICA

O cálculo do IVS do Distrito Federal foi baseado segundo o modelo de Belo Horizonte (MG), e usou-se os dados do IBGE do censo de 2010. De acordo com os dados, o DF tinha, até o censo de 2010, cerca de 4.497 setores censitários. Desses,

4.293 (95,46%) setores foram analisados, visto que, 148 (3,29%) eram setores vazios e não possuíam dados, e 56 (1,25%) dos setores possuíam dados sigilosos, conforme os critérios da metodologia do censo demográfico.

Com o intuito de possibilitar indicadores de diferentes escalas, foi transformado cada indicador para um valor entre zero e um, conforme a fórmula (PBH, 2013):

$$\text{Valor convertido: } \frac{\text{valor bruto} - \text{valor mínimo}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}}$$

Além desse cálculo, o indicador de renda média dos responsáveis foi invertido, para seguir a lógica dos outros indicadores (quanto maior o valor, maior a vulnerabilidade), utilizando-se a fórmula (Musso, 2015):

$$\text{Valor invertido: } 1 - \text{valor transformado}$$

Na seleção dos indicadores, foram tomados os mesmos usados por Belo Horizonte, selecionado então 8 indicadores, divididos em duas dimensões, saneamento e socioeconômico conforme o quadro 1 abaixo:

Quadro 1. Indicadores selecionados para o cálculo do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (Censo, 2010).		
Dimensão	Indicador	Peso
Saneamento	Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente	0,424
	Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente	0,375
	Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente	0,201
Socioeconômica	Razão de moradores por domicílio	0,073
	Percentual de pessoas analfabetas	0,283
	Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até ½ SM	0,288
	Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis (invertido)	0,173
	Percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena	0,185

Seguindo ainda a experiência de Belo Horizonte, o IVS-DF foi categorizado de acordo com os pontos de corte:

- Médio risco - setores censitários com valores do IVS com ½ desvio padrão em torno da média (média +/- 0,5 DP);
- Baixo risco - setores com valores IVS inferiores ao IVS médio;
- Elevado risco – setores com valores acima do IVS médio até o limite de 1,5 desvio padrão acima da média (limite superior do IVS médio + 1 DP);

- Muito elevado risco - setores com valores acima do IVS elevado.

A densidade demográfica do Distrito Federal foi calculada por setor censitário com os dados do censo de 2010, disponíveis no site GeoPortal – DF (<https://www.geoportal.segeth.df.gov.br/mapa/>). No numerador considerou o número habitantes do setor, e no denominador a área do setor censitário por quilômetros quadrados (km²).

$$\text{Densidade demográfica} = \frac{\text{População}}{\text{Área (km}^2\text{)}}$$

Após o cálculo, a densidade foi dividida em 3 classes de tamanho iguais, tercís.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a construção dos cartogramas referentes a distribuição das UBSs e das eSFs pela densidade demográfica nas regiões de saúde, considerou as camadas dos setores censitários, das UBSs, das RAs e das regiões de saúde. Essas camadas estão disponíveis no site do IBGE e na sala de situação de saúde do Distrito Federal, e foram sistematizadas no software QGIS 3.2.3, onde foi possível também calcular a densidade demográfica e gerar os cartogramas.

O mesmo processo foi utilizado para a construção dos cartogramas para o IVS. Onde foi considerado as camadas do IVS por setor censitário, das regiões de saúde das RAs.

Foi gerado um cartograma, tanto da distribuição pela densidade demográfica e pelo IVS, para o Distrito Federal, para cada região de saúde e para cada região administrativa. Com esses cartogramas, foi possível fazer uma identificação detalhada da distribuição das UBS e das eSF no DF, em cada região de saúde e em cada região administrativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os dados oficiais da SES, o Distrito Federal dispõe atualmente de 163 UBSs e 567 eSFs, distribuídas nas regiões administrativas de acordo com a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das UBSs e das eSF no Distrito Federal por Região Administrativa e média de equipes por UBS, set/2018.

REGIÃO DE SAÚDE	n UBS	n de eSF	Média de eSF por UBS
Região de Saúde Central	9	39	4,3
Asa Norte	4	15	3,8
Lago Norte	1	4	4,0
Varjão	1	3	3,0
Cruzeiro	2	10	5,0
Sudoeste	0	0	0,0
Octagonal	0	0	0,0
Asa Sul	1	7	7,0
Lago Sul	0	0	0,0
Região de Saúde Centro-Sul	19	61	3,2
Núcleo Bandeirante	2	7	3,5
Riacho Fundo I	2	5	2,5
Riacho Fundo II	5	16	3,2
Park Way	1	1	1,0
Candangolândia	1	3	3,0
Guará	5	17	3,4
SCIA/Estrutural	2	12	6,0
Região de Saúde Norte	33	97	2,9
Planaltina	19	48	2,5
Sobradinho	4	24	6,0
Sobradinho II	8	21	2,6
Fercal	2	4	2,0
Região de Saúde Sul	21	64	2,8
Gama	13	38	2,9
Santa Maria	8	26	3,3
Região de Saúde Leste	25	65	2,2
Paranoá	8	23	2,9
Itapoã	3	17	5,7
Jardim Botânico	0	0	0,0
São Sebastião	14	25	1,8
Região de Saúde Oeste	24	96	4,0
Ceilândia	16	80	5,0
Brazlândia	8	16	2,0
Região de Saúde Sudoeste	33	148	4,5
Taguatinga	7	42	6,0
Vicente Pires	1	6	6,0
Águas Claras	2	6	3,0
Recanto das Emas	11	36	3,3
Samambaia	12	58	4,8
TOTAL	163	567	3,5

Nota: Até setembro de 2018, o DF tinha 170 UBSs, dessas foram consideradas neste trabalho apenas 163, visto que 7 unidades são do tipo prisional, e suas equipes de saúde da família não integram na contagem das equipes que atendem os demais territórios. Assim, para que a média das equipes por unidades não ficasse comprometida,

as UBSs tipo prisional foram desconsideradas.

No DF, as regiões com mais UBSs no território de acordo com a tabela 1, são as Região de Saúde Norte e Região de Saúde Sudoeste, com 33 unidades cada. Seguindo a Região de Saúde Leste, com 25 UBSs. Logo após a Região de Saúde Oeste com 24 UBSs. Por fim a Região de Saúde Sul com 21 UBSs, a Região de Região Centro-Sul com 19 UBSs e a Região de Saúde Central com 9 unidades. A distribuição das UBSs e das eSFs no território do Distrito Federal é vista na figura 1.

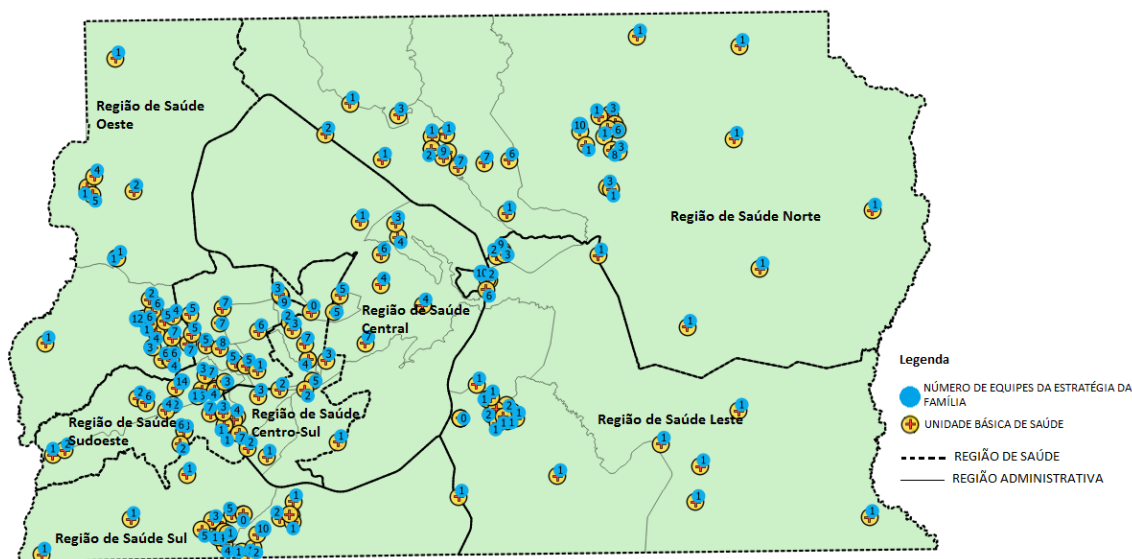


Figura 1. Distribuição das UBSs e das eSF no Distrito Federal.

A região com mais eSF é a Região de Saúde Sudoeste, com 148 equipes. A segunda região com mais eSF é a Região de Saúde Norte, 97 equipes, seguida da Região de Saúde Oeste. E a região com menos equipes é a Região Central, com apenas 39 eSF.

Mesmo estando abaixo da média ideal, 4 equipes por UBS (Brasil, 2017), a média de equipes por UBS Distrito Federal (3,5) ainda é duas vezes maior do que a média nacional. Segundo os dados do CNES, o Brasil, em setembro de 2018, tinha uma média de 1,5 equipes por UBS (CNES, 2018). Olhando essa média nas capitais do Brasil, Belo Horizonte e Rio de Janeiro se destacam com a maior média de eSF por UBS, cerca de 4,6 cada, e a capital com menor média é Rio Branco, 0,97. Vale ressaltar que, além de Belo Horizonte e Rio de Janeiro, Fortaleza (4,4) são as únicas capitais com a média acima do recomendado pela PNAB (CNES, 2018).

Vale lembrar que a APS no Distrito Federal já passou por outros modelos de atenção. Em virtude disso, o porte das UBS, foram construídas para outro tipo de

modelo, algumas visando até ter Pronto Atendimento Noturno, além de UBSs rurais não necessitarem de mais que uma equipe. Tais fatos podem explicar a média atual do DF (3,5) para o número de equipes por UBS.

Em relação ao IVS do DF, a tabela 2 mostra que, 34,7% (1.511) dos setores censitários apresentam o IVS classificado como Baixo Risco. Cerca de 44,2% (1.921), apresentam o IVS como Médio Risco, sendo essa categoria também com o maior número da população, 49,2 %. O IVS classificado como Elevado Risco junto com o Muito Elevado Risco, representam 19,8% (861) dos setores censitários. Ressalta que apenas 204 (4,5%) setores censitários não foram avaliados, pois 148 são setores vazios e 54 setores possuem dados sigilosos, porém os setores com dados sigilosos apresentam o quantitativo de moradores, como mostra a tabela 2.

Tabela 2. Índice de Vulnerabilidade de Saúde por setor censitário e pela população do Distrito Federal (Censo, 2010).

Classificação do IVS		n de setores censitários	(%)	População	(%)
Baixo Risco		1.511	33,6	787.568	30,43
Médio Risco		1.921	42,72	1.272.845	49,17
Elevado Risco		452	10,10	307.936	11,9
Muito Elevado Risco		409	9,09	213.583	8,25
Não avaliado	Sigilosos	54	1,20	6.570	0,25
	Vazios	148	3,29	0	0
Total		4.497	100	2.588.502	100

Mesmo apenas 861 (19,19%) dos setores censitários apresentando o IVS classificado como Elevado Risco e Muito Elevado, comparados a 1.551 (33,6%) de Baixo Risco, esse valor esconde iniquidades que são perceptíveis na figura 2, na qual é perceptível uma certa tendência em que os setores censitários classificados como Baixo e Médio Risco, estão alocados nas regiões centrais do Distrito Federal, em contrapartida, os setores com Elevado e Muito Elevado Risco estão arranjados nas zonas periféricas.

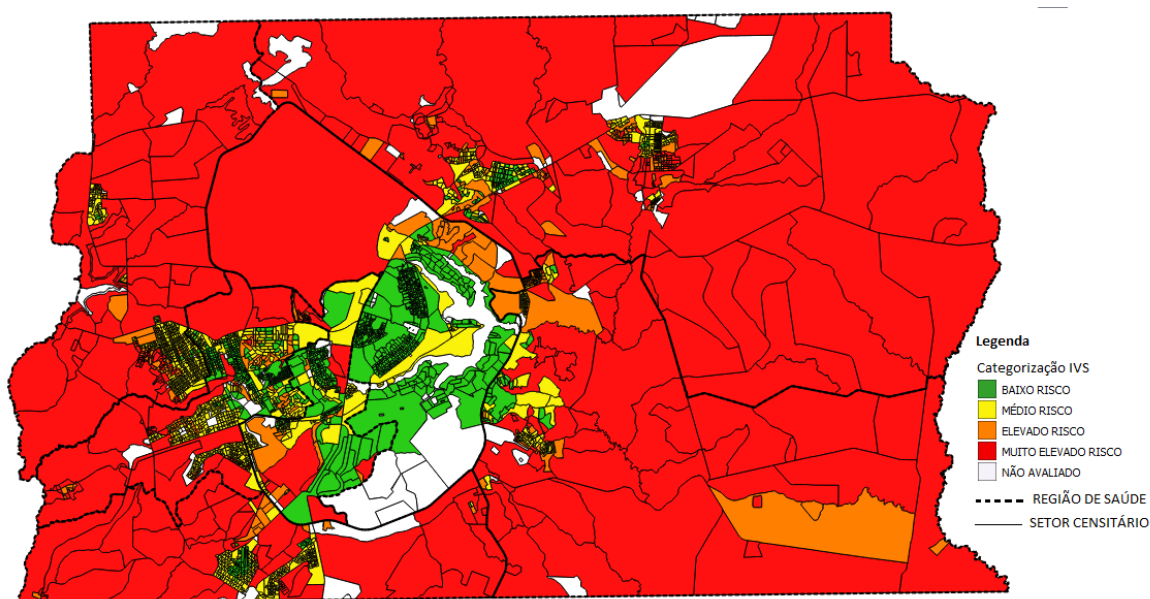


Figura 2. Índice de Vulnerabilidade da Saúde por setor censitário no Distrito Federal.

No que tange à densidade demográfica, a figura 3 mostra que há uma aglomeração populacional em setores censitários menores, e a concentração da densidade demográfica está localizada mais nos centros das regiões administrativas, o que se explica pela relação da divisão do território em setores censitários, empregando número de habitantes por área. A divisão dos setores censitários em múltiplos tamanhos diferentes, também contribuiu para distribuição da densidade, uma vez que muitos setores de pequena área estão nos centros, e quando se fez o cálculo da densidade demográfica (hab/km²), esses setores concentraram mais a densidade, enquanto os setores de grande área e com menos habitantes tiveram baixa densidade demográfica.

Tabela 3. Densidade demográfica (hab/km²) do Distrito Federal por setor censitário, em tercís, e pela população (Censo, 2010).

Densidade demográfica	n de setores censitários	(%)	n população	(%)
0-6108	1499	33,3	703.134	27,2
6108-13299	1499	33,3	948.109	36,6
13299-237638	1499	33,3	937.259	36,2
Total	4497	100,0	2.588.502	100,0

Analisando os cartogramas sobre a distribuição das UBSs e das eSF em relação a densidade demográfica nas regiões de saúde (figuras 4 a 10), percebeu-se que há mais concentração de unidades e equipes em lugares com maior densidade demográfica.

Em relação à distribuição com o IVS, os dados mostraram que a maioria das

unidades de saúde e equipes cobrem os setores censitários de médio e alto risco de vulnerabilidade (figura 11). Desde que foi implantada no Brasil, a ESF vem se expandindo no território nacional. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostram que 53,4% domicílios estavam cadastrados em UBS, sendo a Grande Região Nordeste a que apresentou maior proporção (64,7%), em contrapartida, a Grande Região Sudeste Brasileira foi a menor (46,0%) (PNS, 2015).

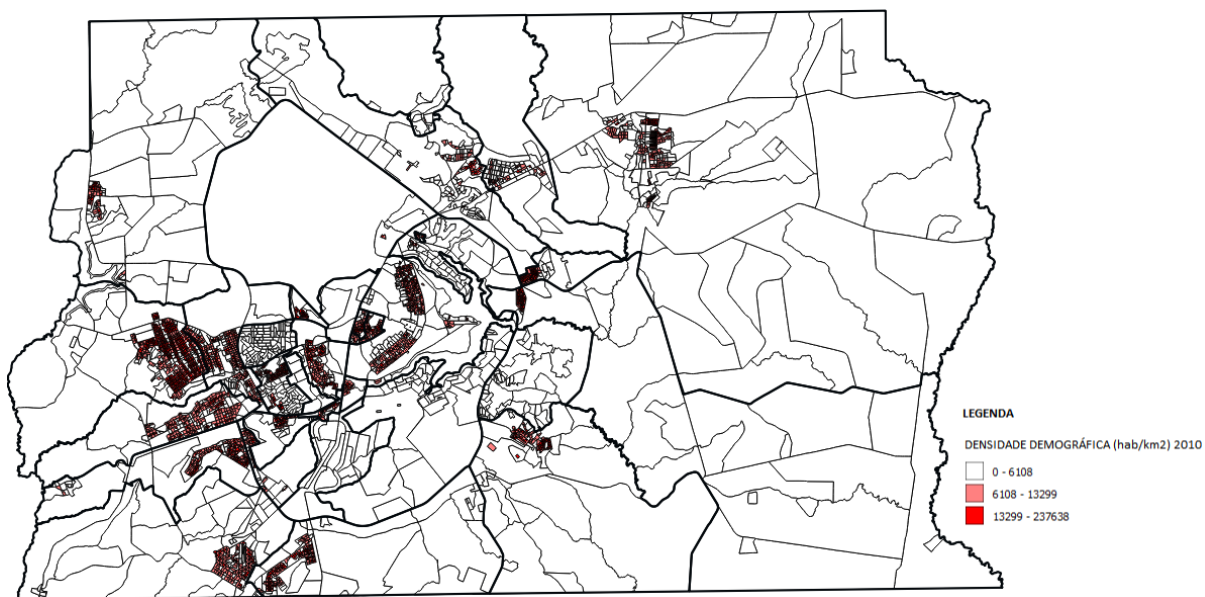


Figura 3. Densidade demográfica (hab/km²) por setor censitário no Distrito Federal.

Os resultados desse estudo vão ao encontro dos achados da investigação de Alves *et al* (2014), sobre os fatores condicionantes para o acesso às equipes da ESF, no qual mostrou que existe relação direta entre o tamanho de uma população e o desempenho das equipes. Vale citar o estudo de Sousa e Merchán-Hemann (2009), no qual os autores citam que a expansão da ESF, sobretudo em regiões e nas cidades de grande porte, gera desigualdades nas regiões pequeno porte, nas quais não ficam fazendo parte da expansão e consequentemente, sem acesso à saúde.

Nota-se ainda que, esse novo modelo de atenção à saúde tem como foco de atuação as populações de risco e mais vulneráveis (Dalpiaz, 2011). A centralização da atenção nessas populações por parte da ESF, tem como dimensão a redução de iniquidades (Malta, 2016). Dessa forma, a ESF retoma para si a preocupação do SUS em reduzir as desigualdades em saúde.

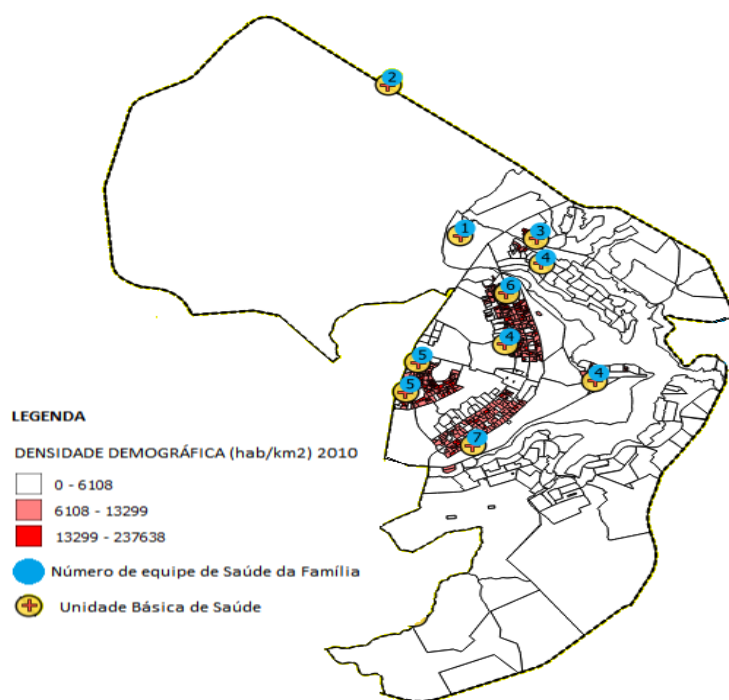


Figura 4. Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Central segundo a Densidade Demográfica.

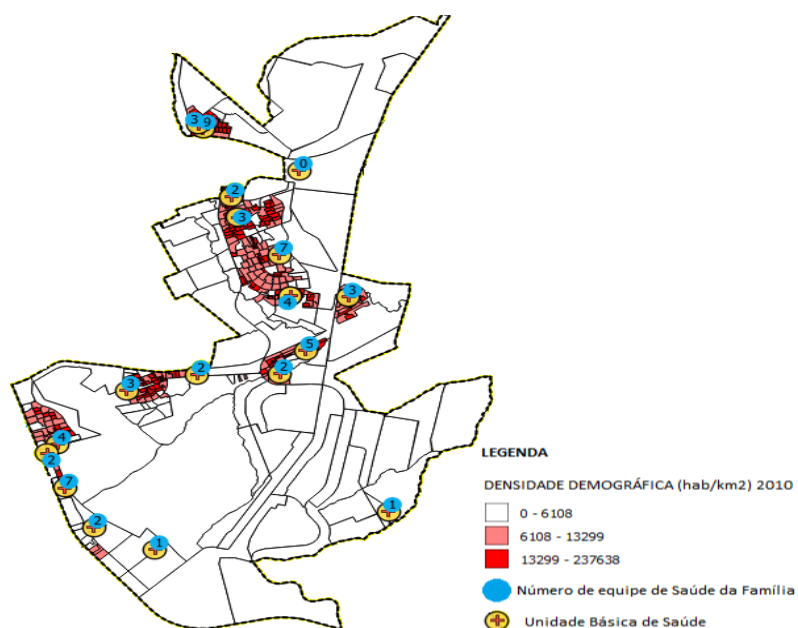


Figura 5. Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Centro-Sul segundo a Densidade Demográfica.

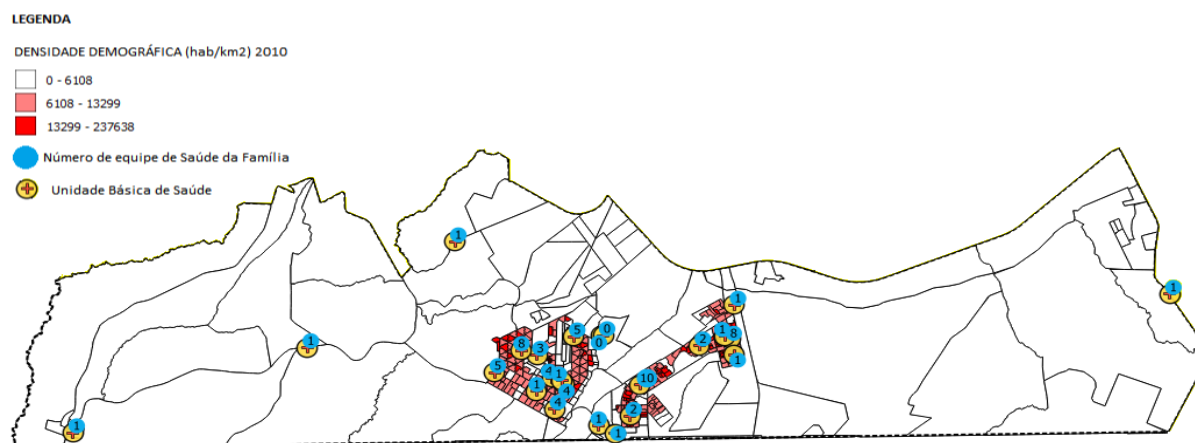


Figura 6. Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Sul segundo a Densidade Demográfica.

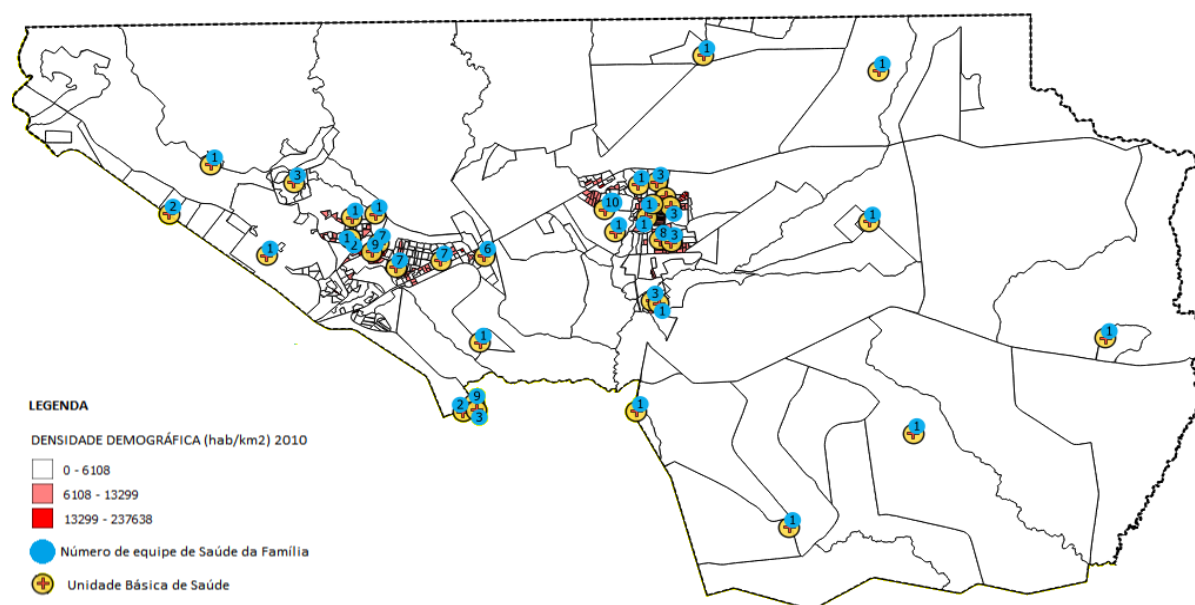


Figura 7. Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Norte segundo a Densidade Demográfica.

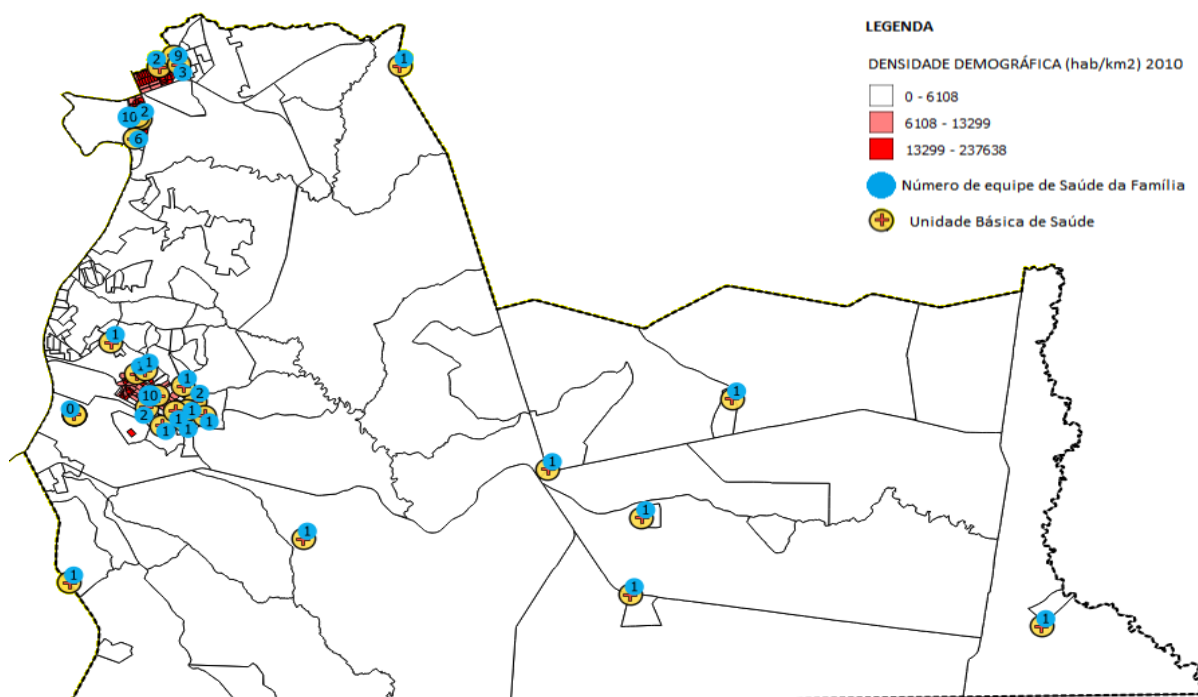


Figura 8. Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Leste segundo a Densidade Demográfica.

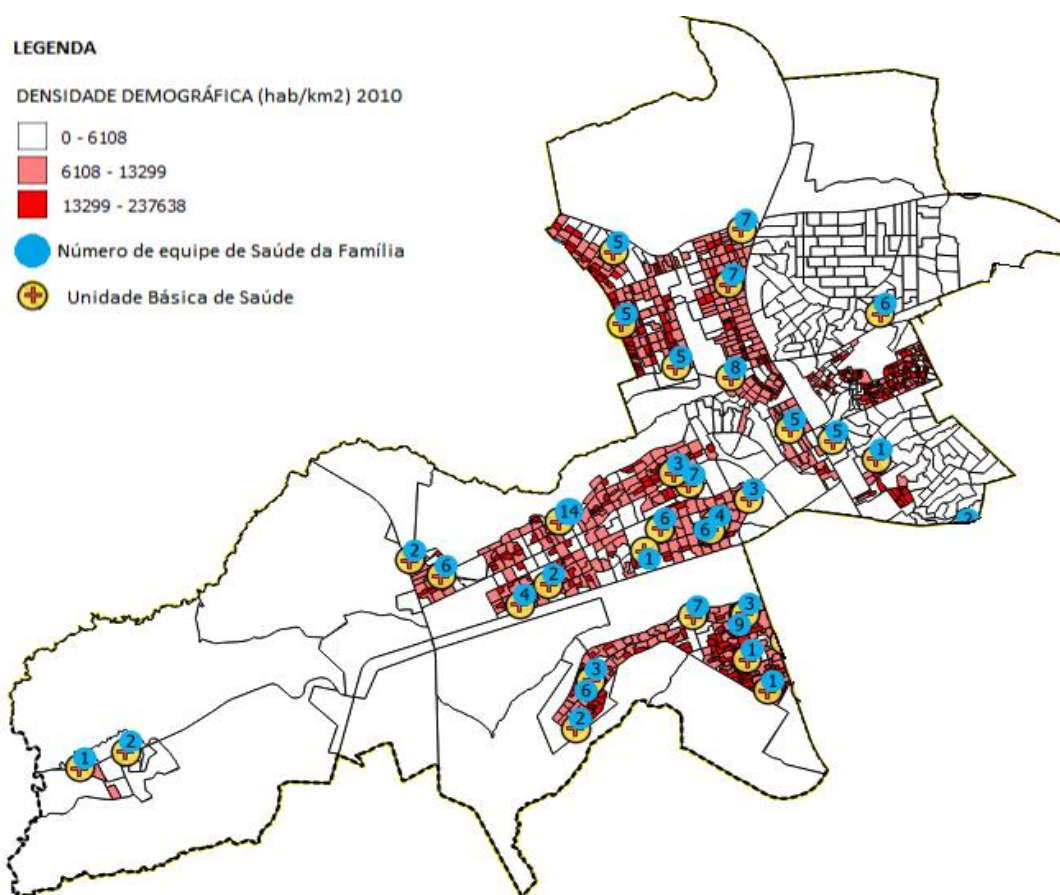


Figura 9. Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Sudeste segundo a Densidade Demográfica.

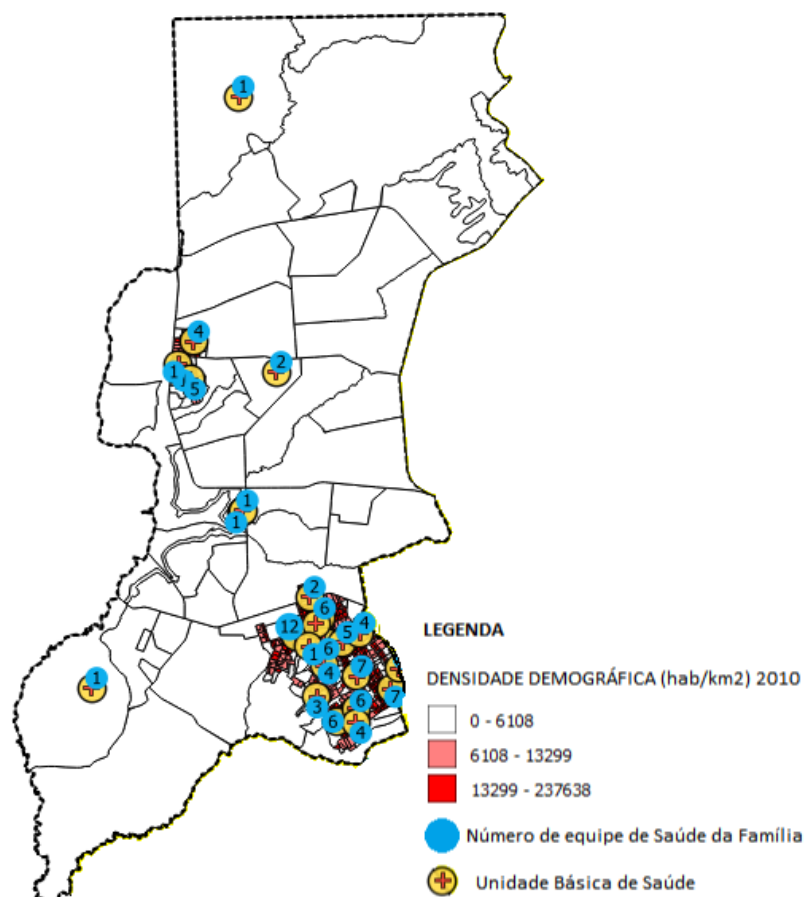


Figura 10. Distribuição das UBSs e eSF na Região de Saúde Sudeste segundo a Densidade Demográfica.

Além de ter grandes proporção de cobertura em áreas de maior vulnerabilidade, a ESF também apresenta ganhos positivos. Quando se trata de indicadores de saúde, percebe-se um declínio nos indicadores relacionados à morbimortalidade (Sorrato et al, 2015).

Tais fatos vêm sendo observados no Distrito Federal. Embora ainda não seja possível analisar o efeito da ESF sobre os indicadores, os resultados desse estudo mostraram que a distribuição das UBSs e das eSF está feita de forma a atender a populações mais vulneráveis, mesmo que não de modo absoluto.

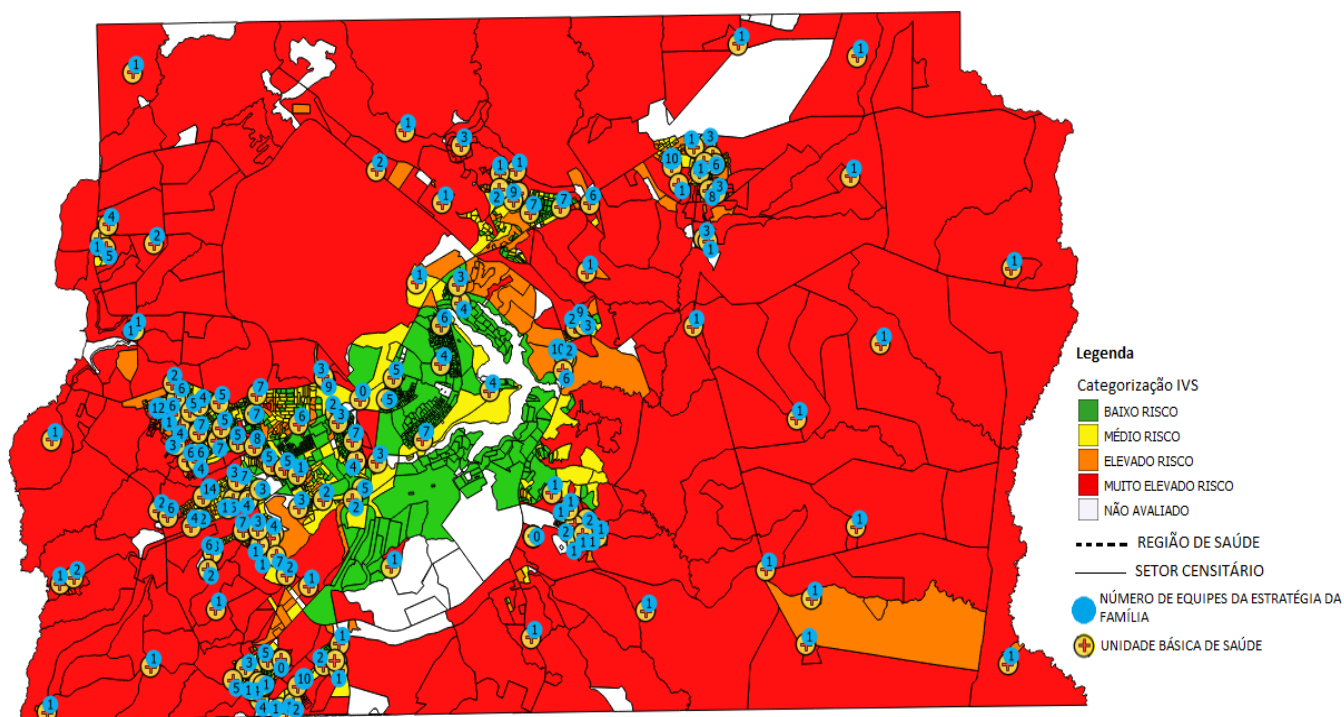


Figura 11. Distribuição das UBSs e eSF segundo o IVS por setor censitário no Distrito Federal.

Os resultados por região administrativa revelam que a maioria das unidades e equipes estão em área de maior vulnerabilidade da saúde. A região administrativa de Ceilândia, segundo Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal – PDADDF (2015) é a mais populosa do DF, e a que mais possui equipes da Saúde da Família, 80 eSF, e a terceira com mais UBSs, 16 no total. A distribuição de UBS e eSF nessa RA encontra-se em áreas de maior densidade demográfica e de Médio Risco (Apêndices 1 e 2: imagem 9).

Destaca-se também Planaltina, a RA com maior número de UBS e a terceira com eSF. Essa região também é a quarta mais populosa do DF (PDAD, 2015). Outro ponto dessa RA é que ela possui, entre suas eSF, 7 equipes rurais (Apêndices 1 e 2: imagem 6). Essa distribuição nas áreas de maior densidade de risco também é perceptível nas regiões administrativas de São Sebastião, Samambaia, Santa Maria, Sobradinho II, Brazlândia, Itapoã (Apêndices 1 e 2: imagens 4, 12, 13, 14, 26 e 28).

Essa é uma das contribuições da ESF percebida pela Arantes et al (2016). No seu estudo sobre os desafios e contribuição da ESF, os resultados mostraram que a implantação da ESF ampliou as possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, além de ter benefícios para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar dentre outros.

Ainda que esse fato seja pertinente, algumas RAs com baixa vulnerabilidade da saúde apresentaram mais equipes do que algumas regiões com alto ou muito alto risco, porém ao se analisar a densidade demográfica, percebe-se um equilíbrio na distribuição.

A ESF no Distrito Federal vem encontrando várias barreiras na tentativa de sua implantação. Esses desafios variam de fatores históricos e de preferência ao modelo assistencial até questões centrais de gestão. Tais fatos torna a implantação do modelo lenta e desacreditada pelos profissionais que atuam na APS e até mesmo os usuários do sistema.

Em relação ao Brasil, o Distrito Federal apresentava a menor cobertura de eSF, apenas 14,3% (Malta, 2016). Após a implementação da Política de APS do DF, consolidada pela Lei de nº 6.133 de 6 de abril de 2018, que estabeleceu a ESF como modelo da APS (DF, 2018) na qual denominou a ESF como modelo exclusivo para a organização do sistema de saúde, é a clara a expansão das equipes e da cobertura no território distrital. Os dados mostram que, mesmo sendo recente a mudança, as unidades e equipes estão em lugares considerados prioritários do ponto de vista da equidade. Desse modo, o DF precisa continuar seu investimento na APS e no fortalecimento da ESF.

Os achados deste estudo indicam que há distribuição de UBS no território, sobretudo em locais com maior densidade populacional, porém há locais com maior vulnerabilidade em saúde que não possuem UBS, embora não se possa afirmar que não haja cobertura. Contudo, se há cobertura, o estabelecimento de saúde encontra-se afastado, o que, por si só, é proxy contrário às diretrizes da APS, incluindo a garantia do acesso e a territorialização, com resolubilidade. Vale ressaltar que por si só a ESF não é capaz de superar todas as desigualdades, porém a ESF junto com o SUS são políticas de proteção social, que possui potencialidade de contribuir para a diminuição de iniquidades em saúde (Sousa; Merchan-Hamann, 2009).

O presente estudo apresenta algumas limitações a serem consideradas. Primeiramente o estudo se prendeu aos dados do censo de 2010. A periodicidade desse censo tornou o estudo limitado, uma vez que entre os anos desse estudo e do censo, a população passou por mudanças. Outra limitação do estudo é que ele não analisou o acesso aos serviços de saúde.

No que se trata do IVS, também se nota limitações. Segundo Musso (2015), o IVS é um índice relativo e não absoluto, assim é capaz de estabelecer comparações

apenas dentro da amostra analisada, entre setores individuais ou grupos de setores. Desse modo, não pode afirmar, por exemplo, que os setores classificados como médio risco não são fundamentalmente vulneráveis, apenas que são menos vulneráveis que os setores de elevado e muito elevado risco desta amostra, pelo critério do IVS (Musso, 2015). Outras limitações desse indicador dar-se pela: a possibilidade de vieses na sua construção; a impossibilidade de representar todas as dimensões da vulnerabilidade em um único número; e a tendência de ocultar desigualdades dentro de setores censitários (Musso, 2015). Mas tais limitação, porém, não invalidam tal estudo.

A APS com a responsabilidade de ser a o primeiro contato, dever prover o acesso ao sistema de saúde para toda população. Assis e Jesus (2012) explanam que o acesso está relacionado com as possibilidades de o usuário adentrar aos serviços de saúde, por meio de disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, fácil localização das unidades e também a possibilidade de atendimento mesmo sem agendamento. Assim, por mais que o estudo atual mostrou que a população vulnerável tem disponível no seu território UBS e eSF, isso não significa que ela esteja tendo acesso aos serviços ofertados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que as unidades de saúde e equipes de Saúde da Família tem uma distribuição que abarca o território do Distrito Federal. Embora não se possa afirmar que o quantitativo de equipes está bem distribuído, tampouco as UBSs, haja vista que há locais vulneráveis que mostram concentração de equipes em mesma unidade de saúde e outras que sequer possuem estabelecimentos de saúde.

Mesmo não mostrando resultados referentes ao indicador de acesso, os achados apresentados nesse estudo tornam evidente a capacidade da ESF no DF para atender a população dos locais mais vulneráveis, considerando a distribuição das equipes e UBSs. A presença de uma equipe ESF para atender populações vulneráveis, segundo Backes et al (2012), torna possível o fortalecimento da *“autonomia dos diferentes atores envolvidos no processo de cuidado em saúde, à capacidade de romper com modelos tradicionais, à valorização das singularidades humanas e ao fortalecimento das redes interativas e associativas”*.

Mesmo que este estudo tenha revelado que a distribuição de equipes e

unidades básicas estejam alocados em lugares com maiores densidades demográfica e de risco de vulnerabilidade em saúde, não se pode reduzir os investimentos para levar as UBSs para mais próximo da população, adequadas ao modelo da ESF, possibilitando a garantia do acesso e ações mais voltadas ao território, premissas da ESF, nem mesmo minguar os investimentos para o aumento da cobertura da população do DF. Segundo as orientações da PNAB, para que a ESF possa alcançar seu potencial, garantindo a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e sendo resolutiva, faz-se necessário de no mínimo 4 (quatro) equipes por UBS, e cada equipe com uma população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas (Brasil, 2017).

Enquanto perdurarem as iniquidades e ainda existirem inúmeros cidadãos sem acesso garantido à atenção primária à saúde, com qualidade, o Estado deve continuar inovando e investindo em políticas, não somente da área da em saúde, mas em todas áreas que influenciam a saúde da população. Nesse sentido, a ESF precisa de um olhar mais atento dos gestores de saúde, nos quais precisam estar sempre atendo as necessidades da população.

REFERÊNCIAS

Alves MGM, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 34-51, out 2014.

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2865-2875, 2012.

Barata R B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.

Barreto, ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2097-2108, 2017.

Bacjkes DS, Backes, TS, Erdmann AL, Buscher A, Marchiori MT, Koerich MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5):1151-1157, 2012.

Belo Horizonte. Índice de Vulnerabilidade da Saúde - Belo Horizonte 2012. Belo Horizonte, 2013. Disponível:< https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2018.

Brasil. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

Brasil. Companhia de planejamento do distrito federal - CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal. Brasília, 2015.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2017.

Brasil. Secretária de Saúde do Distrito Federal. Plano de Saúde 2016-2019 - Versão aprovada conforme Resolução CSDF Nº457, de 05 de abril de 2016. Brasília, 2016.

Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em 20 de novembro de 2018.

Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulgação em Saúde para Debate. Maio 2009; 44: 13-24.

Carrapato P, et al. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CNDSS, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2018.

Dalpiaz, A. K.; Stedile. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexão sobre algumas de

suas premissas. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011, São Luís (Maranhão). V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011.

Gil, CR, Maeda ST. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Soares, Cassia Baldini; Campos, Celia Maria Sivalli. (Org.). Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. 1ed.Barueri - São Paulo: Manole, 2013.

Gottes, LBD. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no distrito federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília. Brasília, 2010).

Guia de Referência. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde /Coordenação de Atenção Primária à Saúde/DF, 2016.

MALTA, DC et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, 21(2):327-338, 2016.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mendes EV . O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Musso M. Vulnerabilidade em saúde e a situação de cobertura por estratégia saúde da família nas regiões de saúde do distrito federal – DF. (Tese). Universidade de Brasília. Brasília, 2015.

Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. Rev Eco do Nordeste. Nov 2001; 32: 877-897.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/>>. Acesso em: 21 novembro de 2018.

PNS. Pesquisa nacional de saúde - 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em:< <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acessado em: 20 de novembro de 2018.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Brasília, 2016. Disponível em:<>. Acesso em: 17 de outubro de 2018.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77. Dispõe sobre. Brasília, 2017. Disponível em:<>. Acesso em: 17 de outubro de 2018.

SORATTO J, PIRES DEP, DORNALLES S, LORENZETTI J. Estratégia Saúde da Família: Uma Inovação Tecnológica em Saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 584-92.

Sousa MF, Merchán-haman E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde?*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [3]: 711-729, 2009.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

APENDICE 1. FIGURAS DA DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE E EQUIPE DE ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA NAS RAs SEGUNDO O IVS.

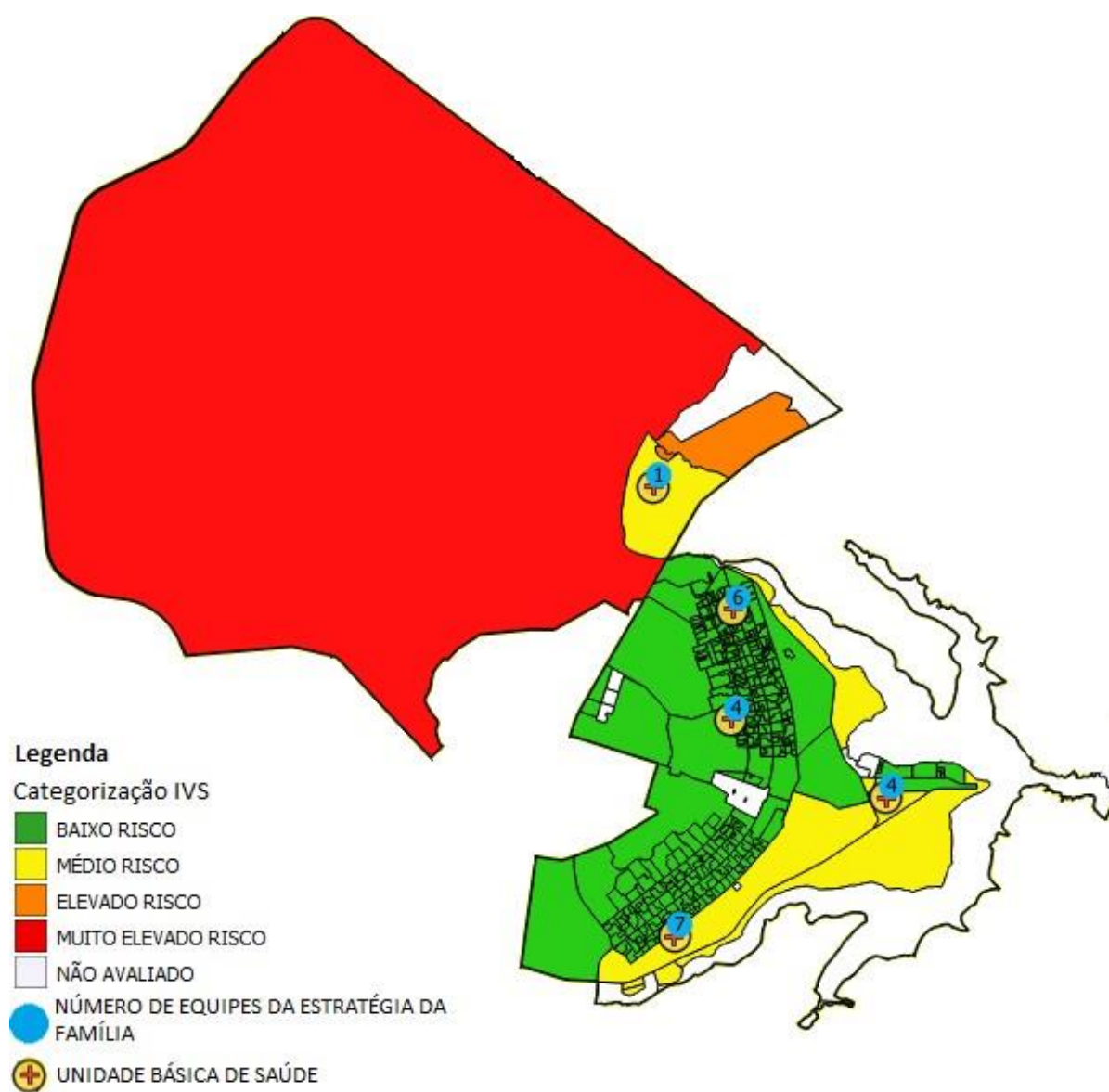


Imagem 1. Distribuição das UBSs na RA I (Brasília) segundo o IVS.

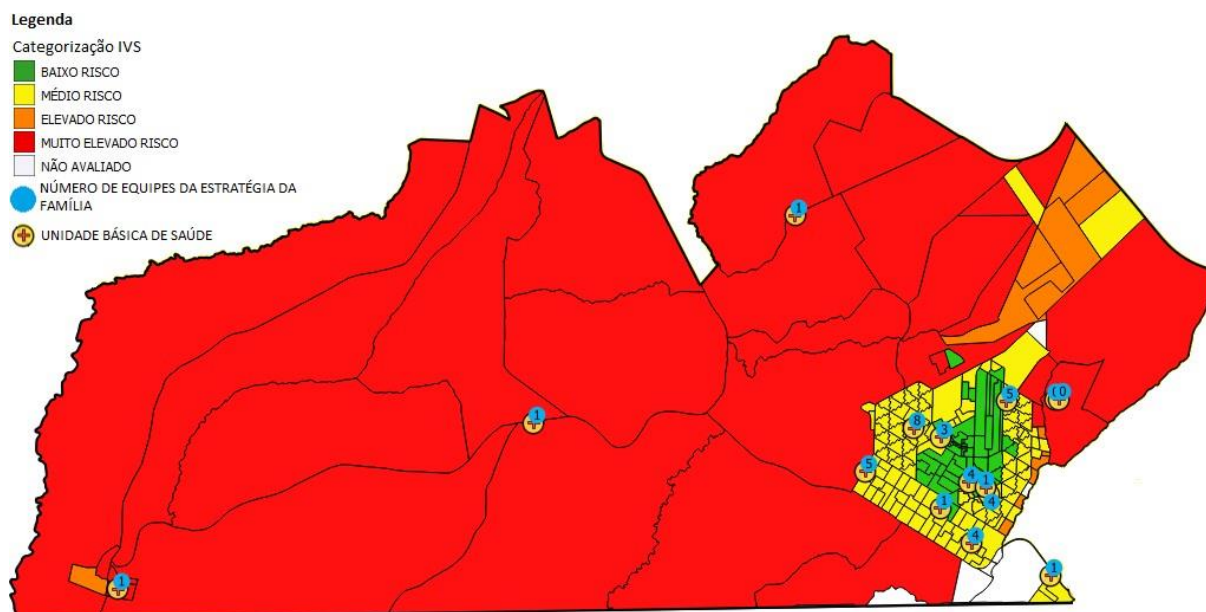


Imagem 2. Distribuição das UBSs na RA nº II (Gama) segundo o IVS.

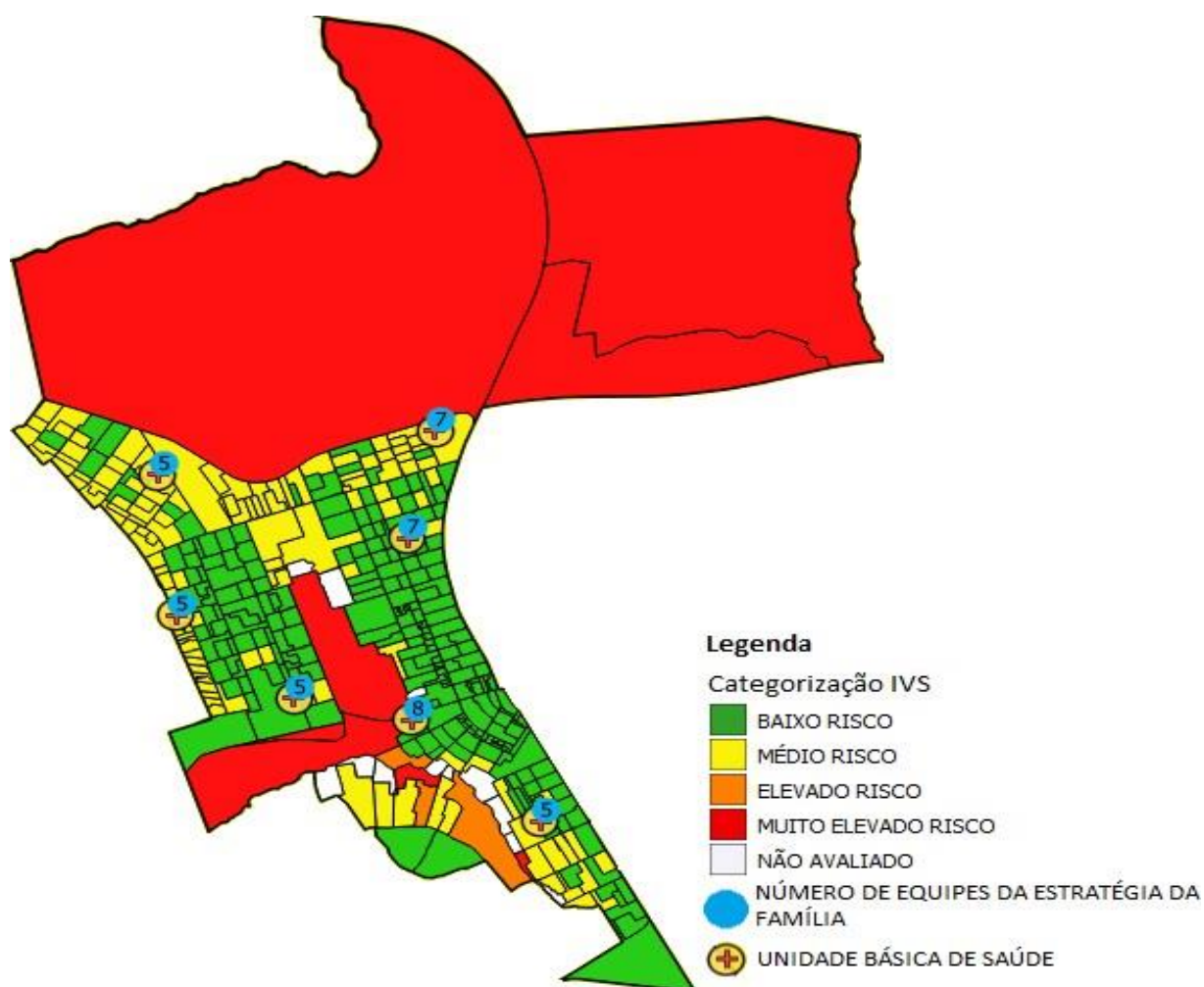


Imagem 3. Distribuição das UBSs na RA nº III (Taguatinga) segundo o IVS.

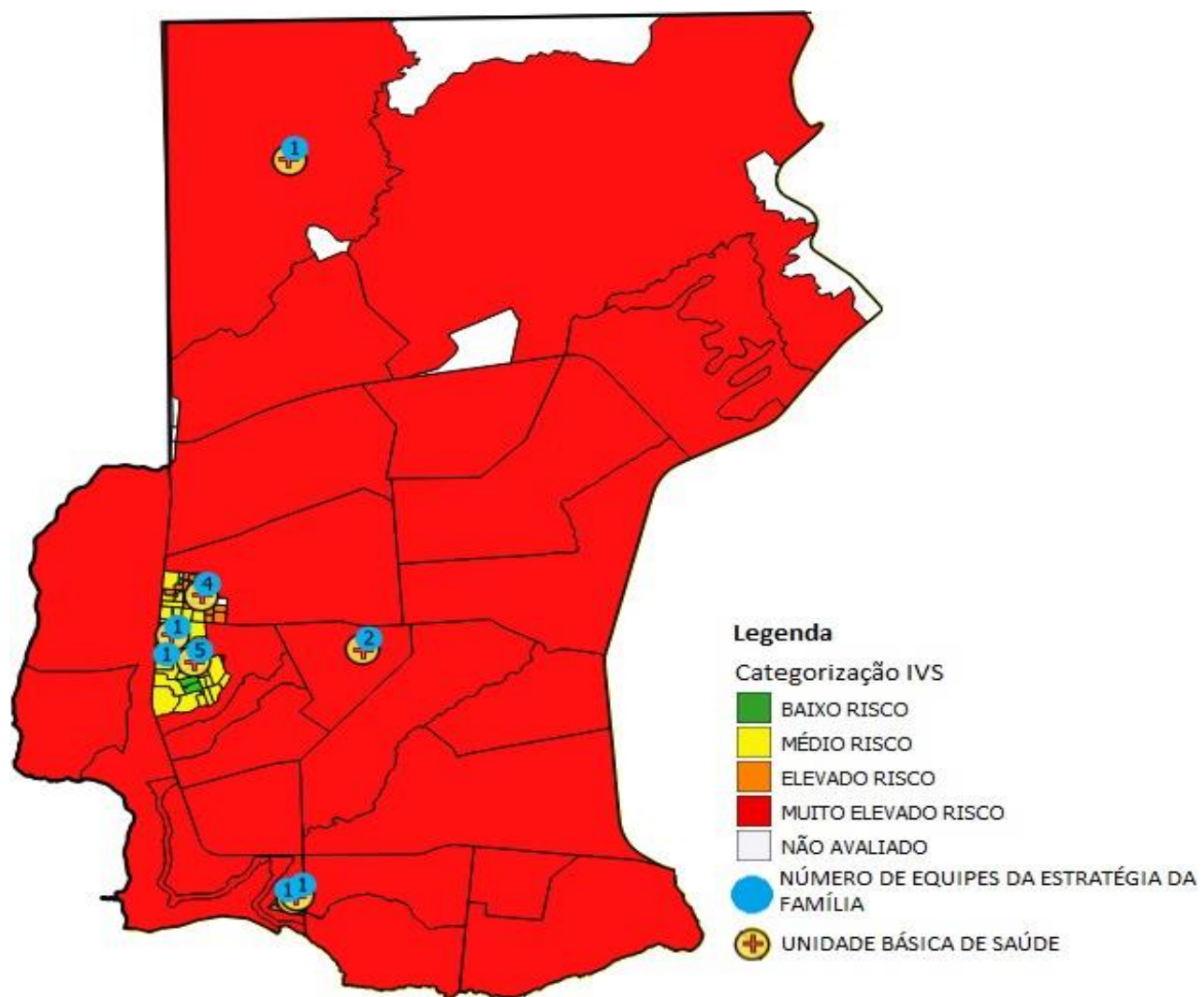


Imagem 4. Distribuição das UBSs na RA nº IV (Brazlândia) segundo o IVS.

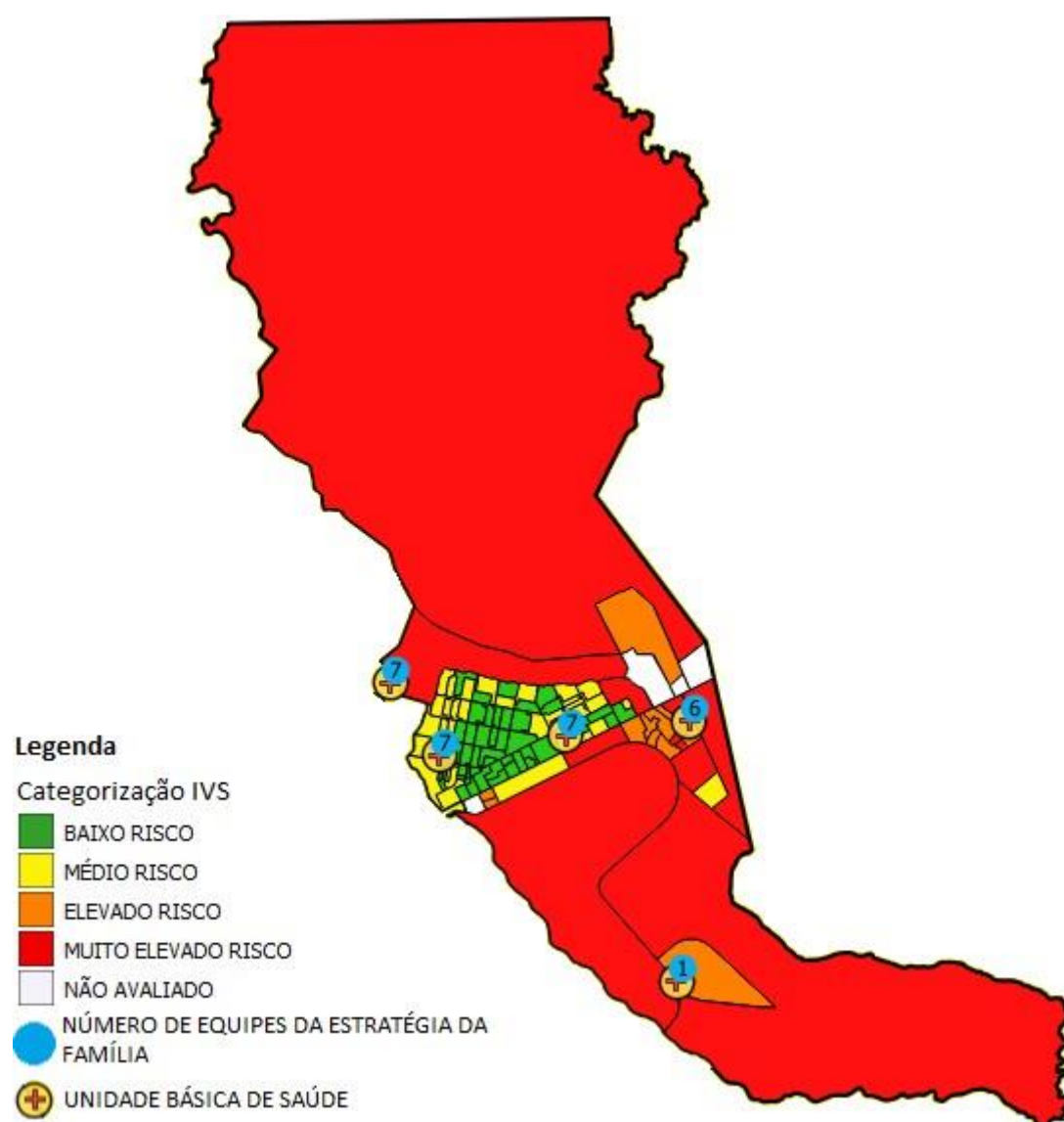


Imagem 5. Distribuição das UBSs na RA nº V (Sobradinho) segundo o IVS.

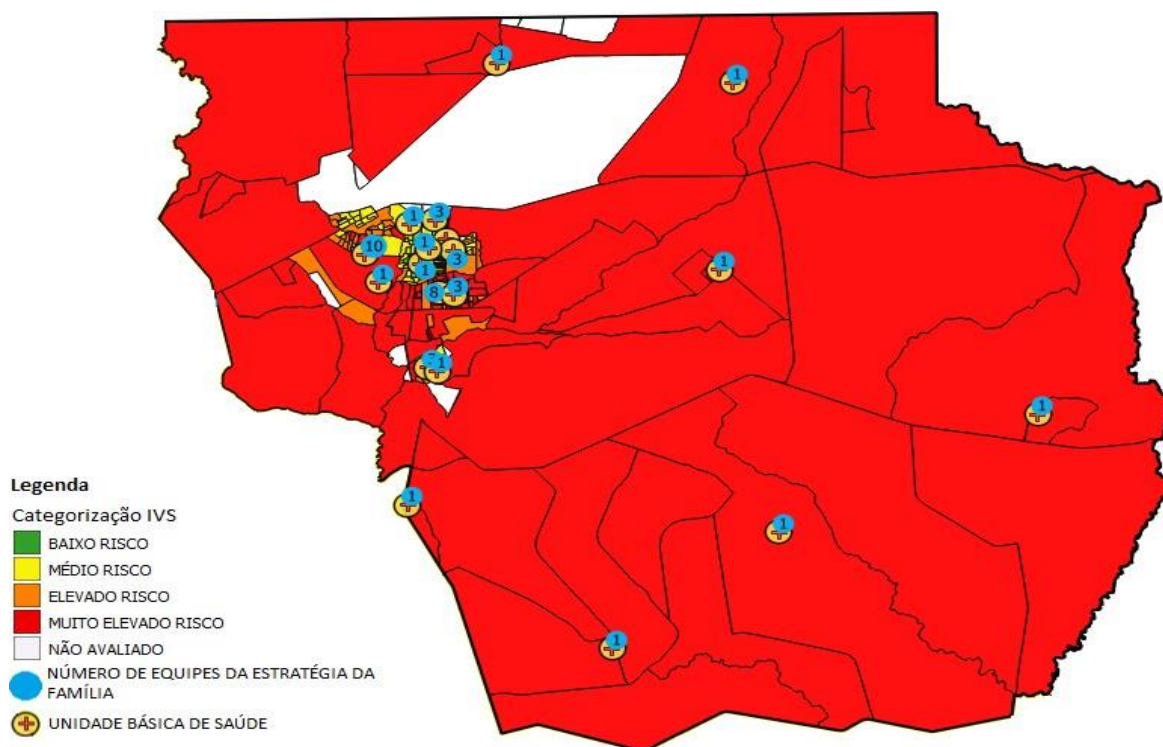


Imagem 6. Distribuição das UBSs na RA nº VI (Planaltina) segundo o IVS.

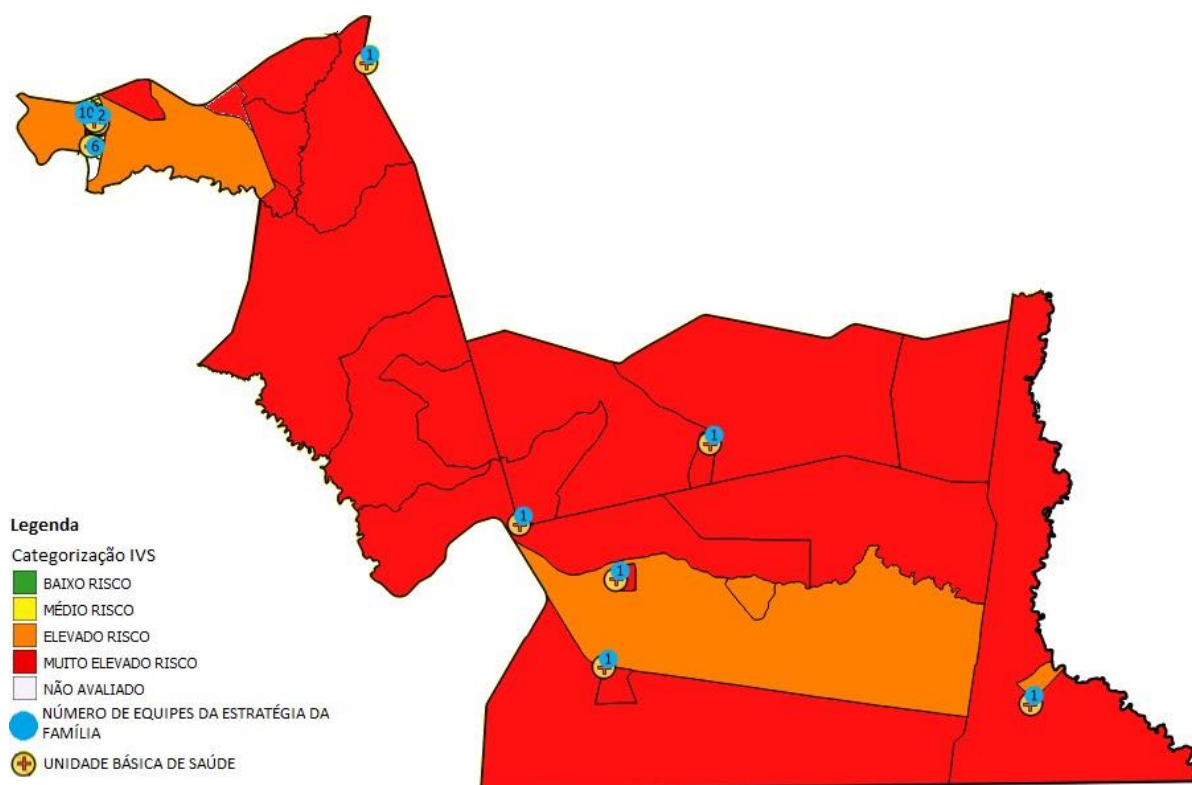


Imagem 7. Distribuição das UBSs na RA nº VII (Paranoá) segundo o IVS.



Imagem 8 Distribuição das UBSs na RA nº VIII (Núcleo Bandeirante) segundo o IVS.

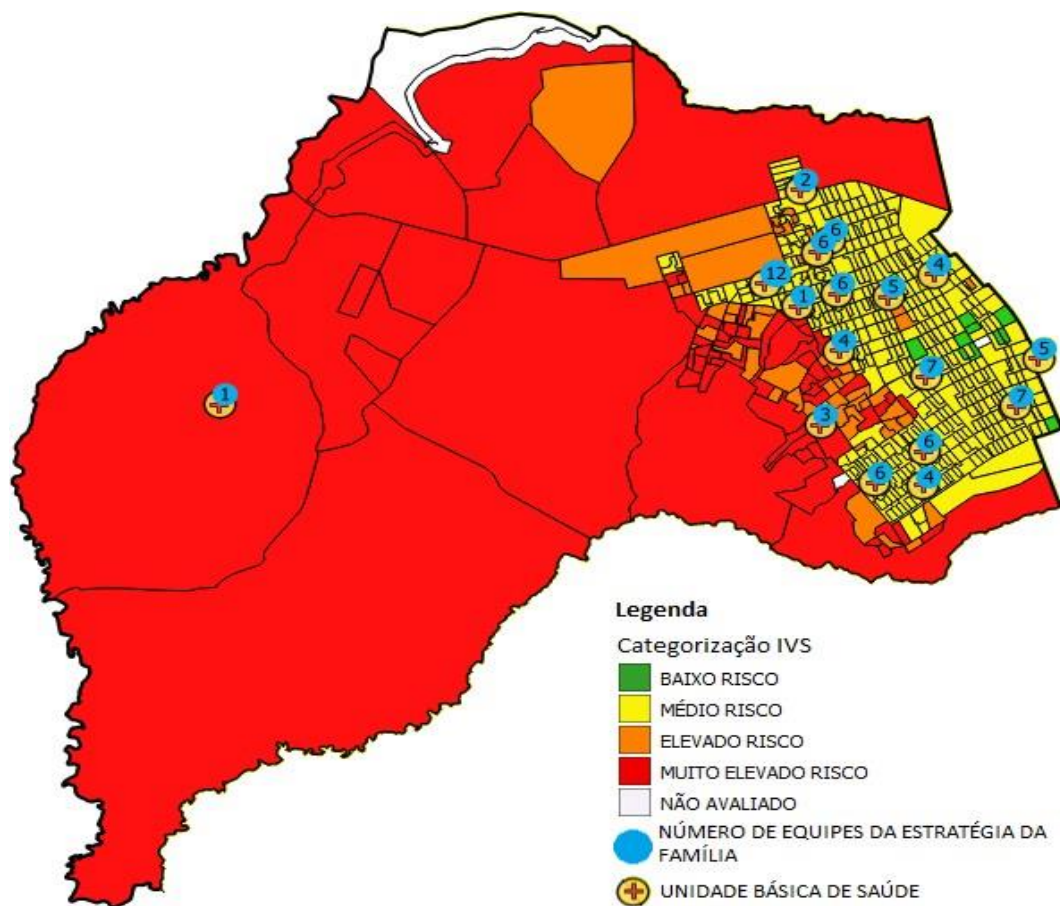


Imagem 9. Distribuição das UBSs na RA nº IX (Ceilândia) segundo o IVS.

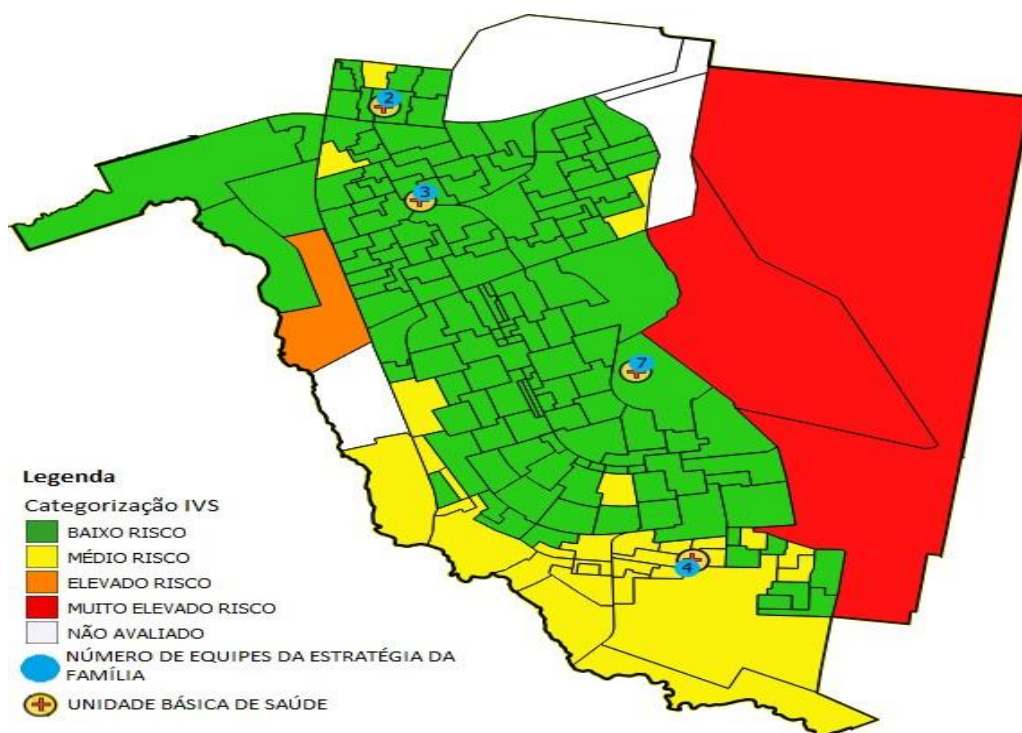


Imagem 10. Distribuição das UBSs na RA nº X (Guará) segundo o IVS.

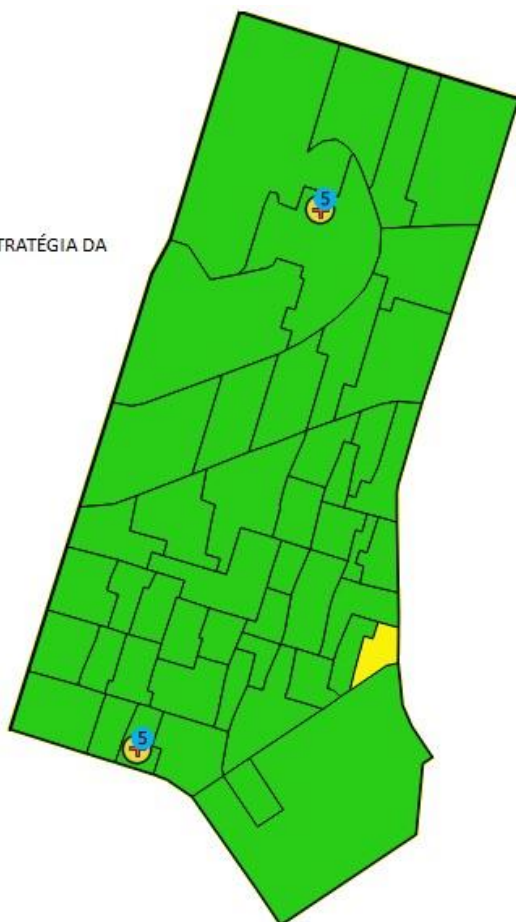


Imagem 11. Distribuição das UBSs na RA nº XI (Cruzeiro) segundo o IVS.

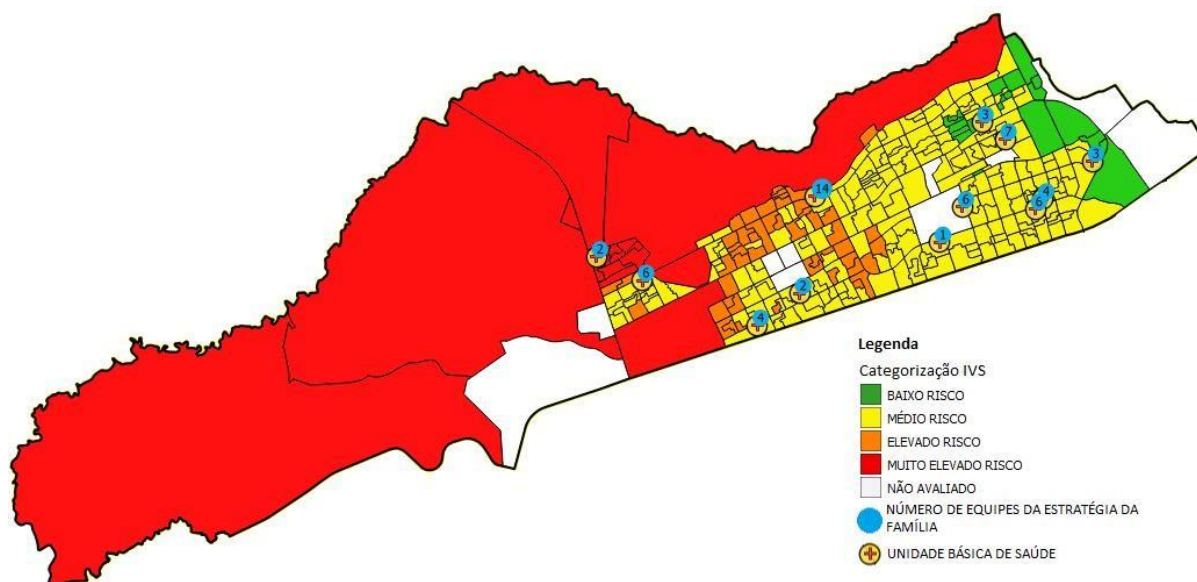


Imagem 12. Distribuição das UBSs na RA nº XII (Samambaia) segundo o IVS.

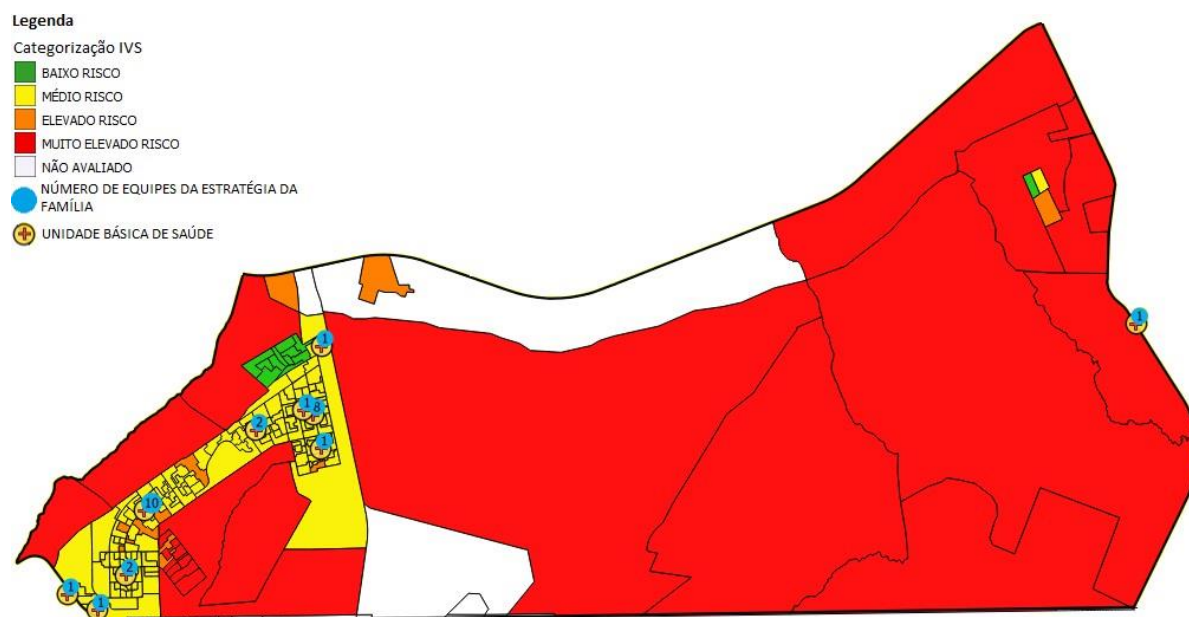


Imagem 13. Distribuição das UBSs na RA nº XIII (Santa Maria) segundo o IVS.

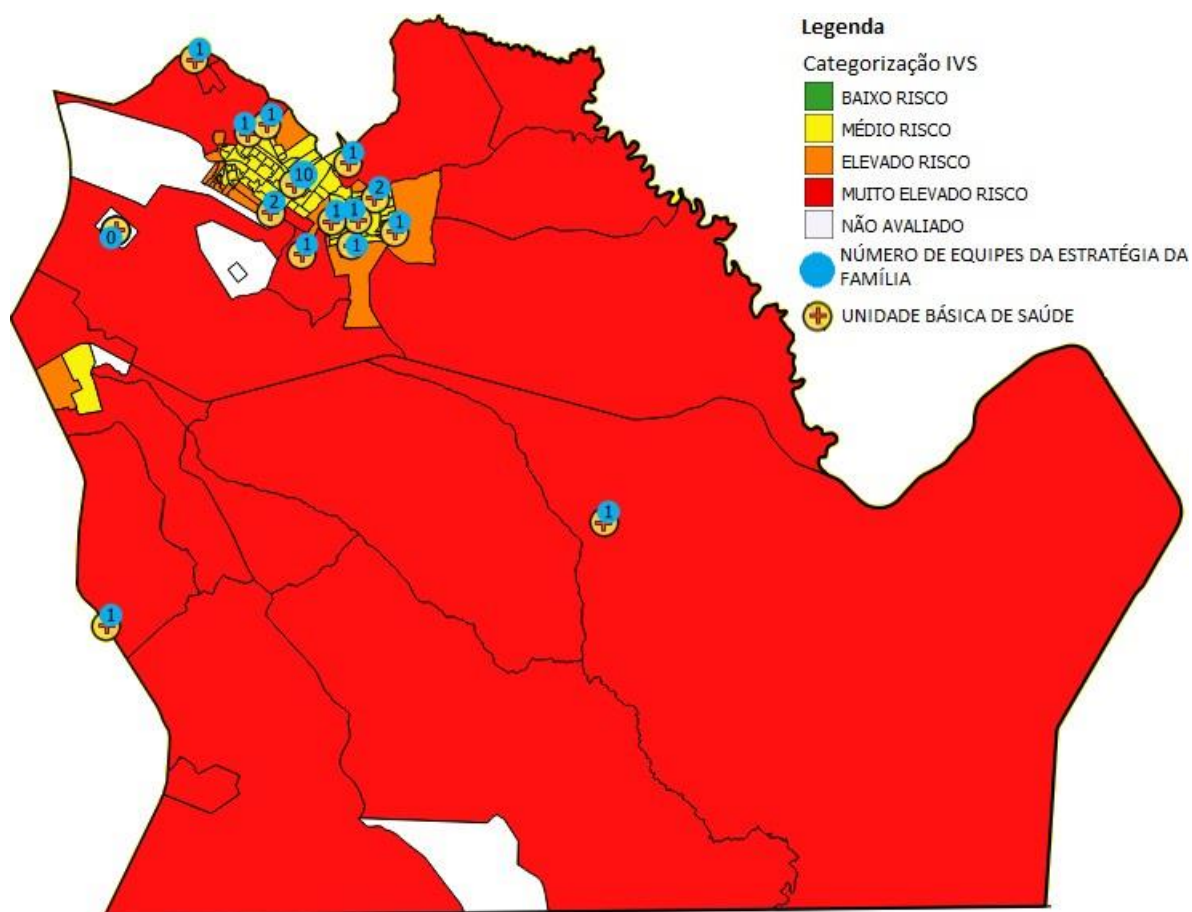


Imagem 14. Distribuição das UBSs na RA nº XIV (São Sebastião) segundo o IVS.

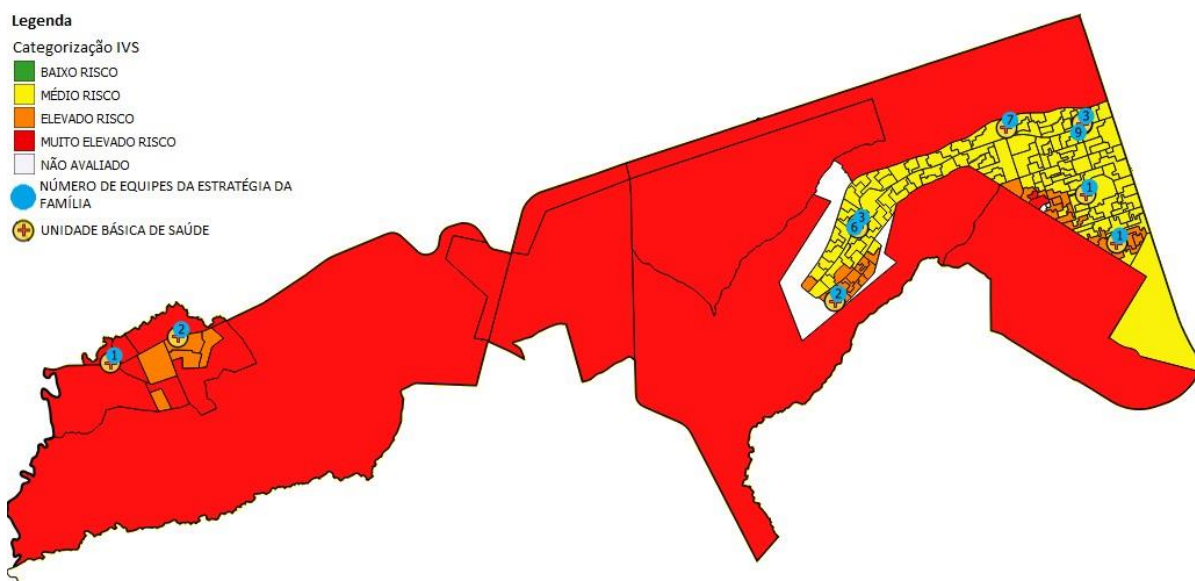


Imagem 15. Distribuição das UBSs na RA nº XV (Recanto das Emas) segundo o IVS.

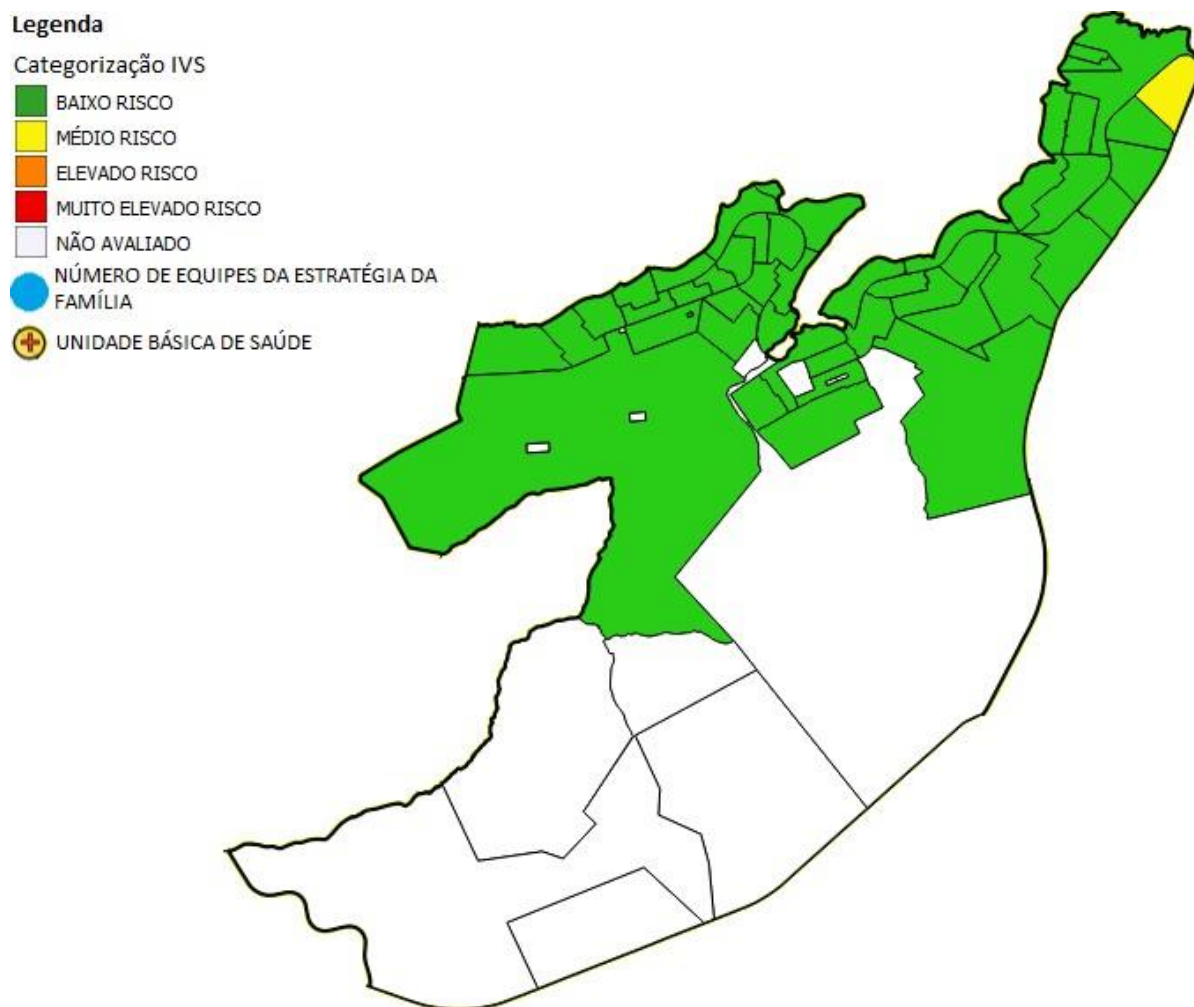


Imagem 16. Distribuição das UBSs na RA nº XVI (Lago Sul) segundo o IVS.

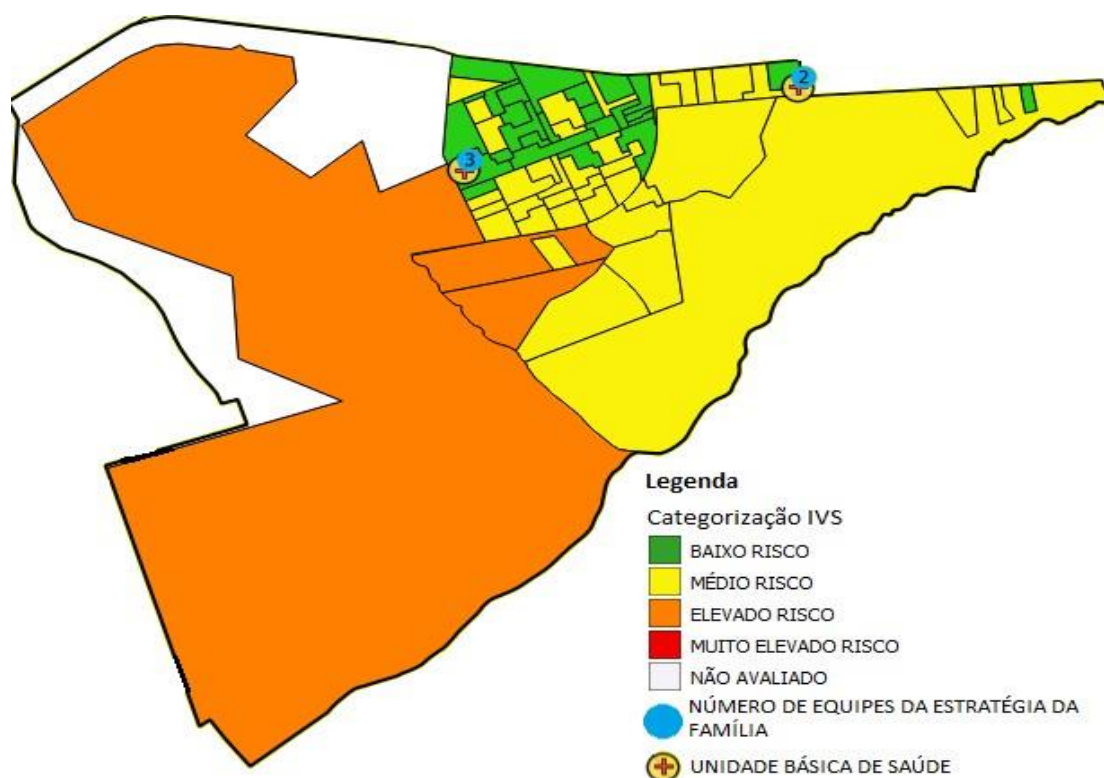


Imagem 17. Distribuição das UBSs na RA nº XVII (Riacho Fundo) segundo o IVS.

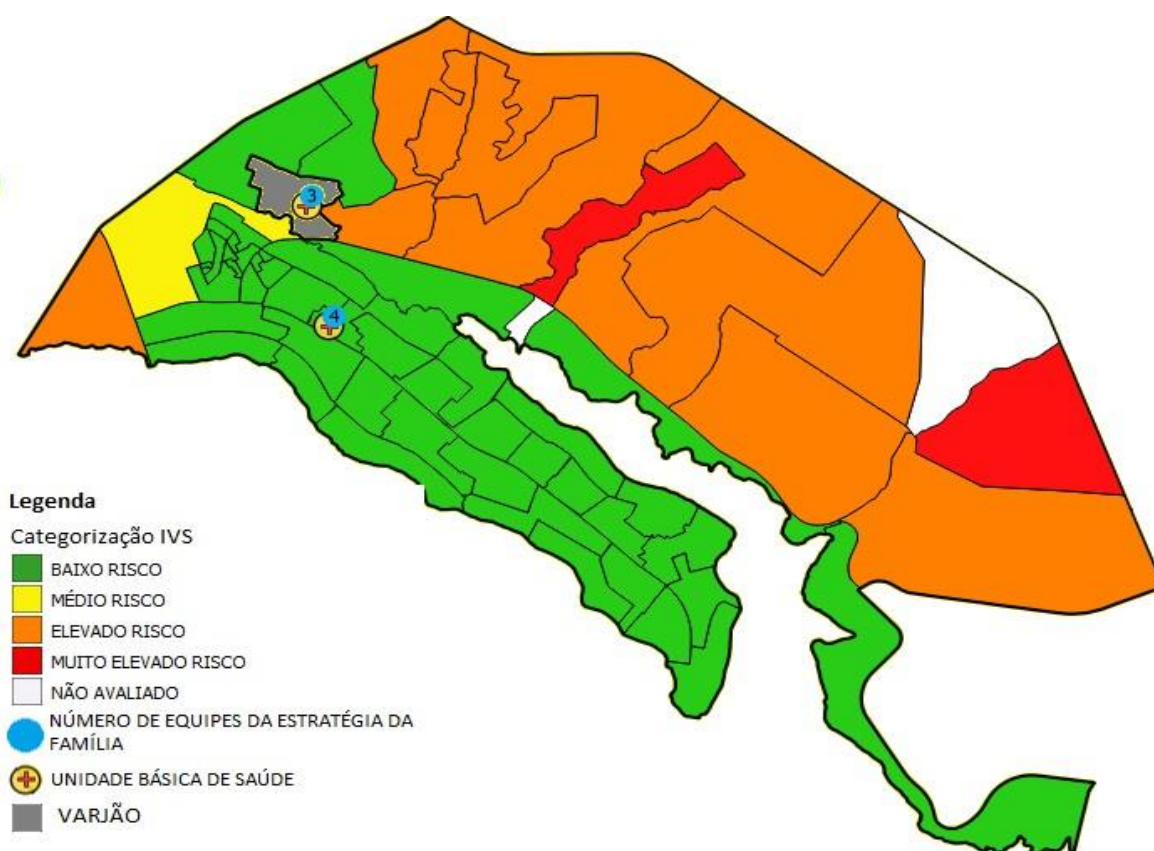


Imagem 18. Distribuição das UBSs na RA nº XVIII (Lago Norte) segundo o IVS.

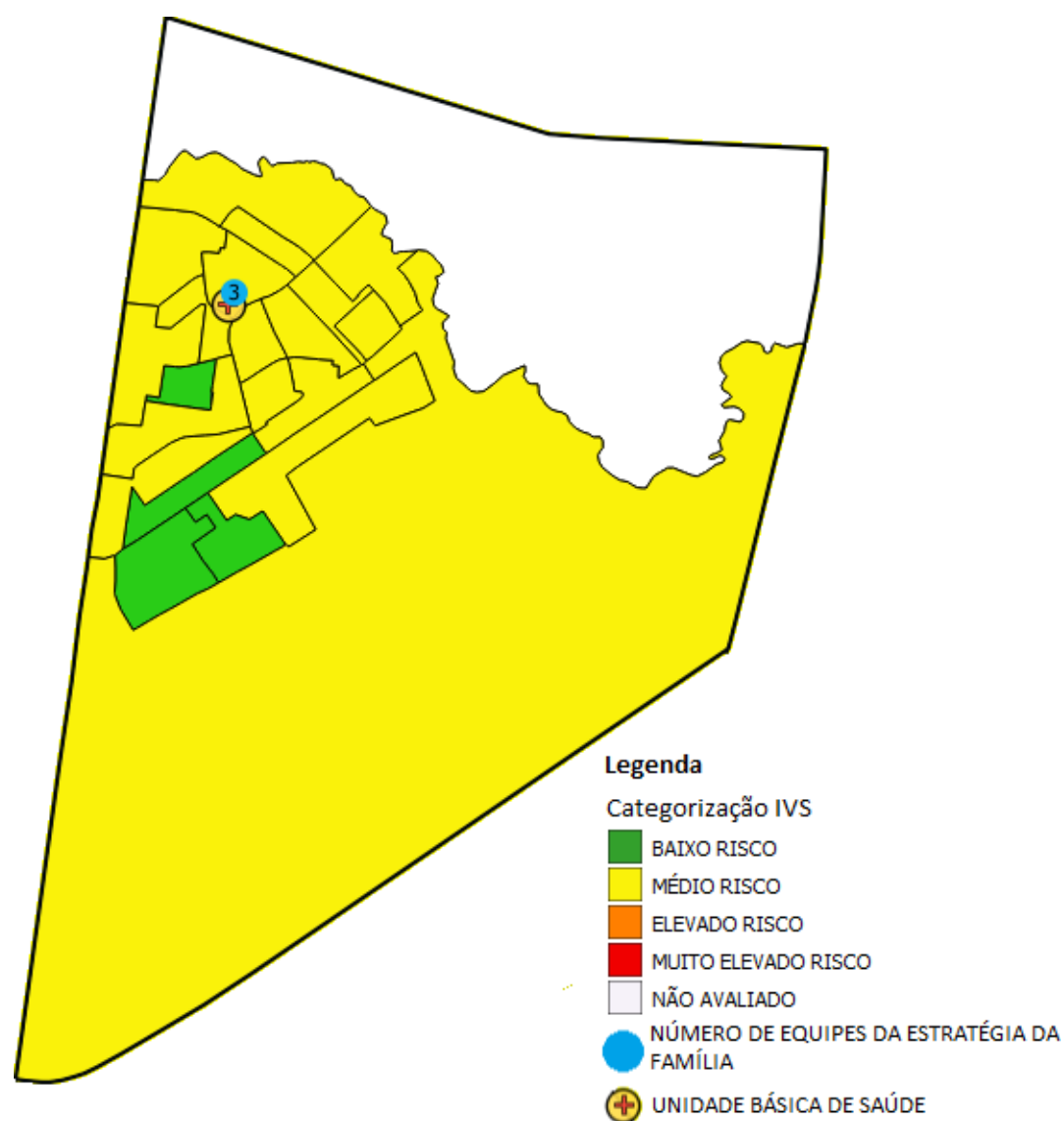


Imagem 19. Distribuição das UBSs na RA nº XIX (Candangolândia) segundo o IVS.

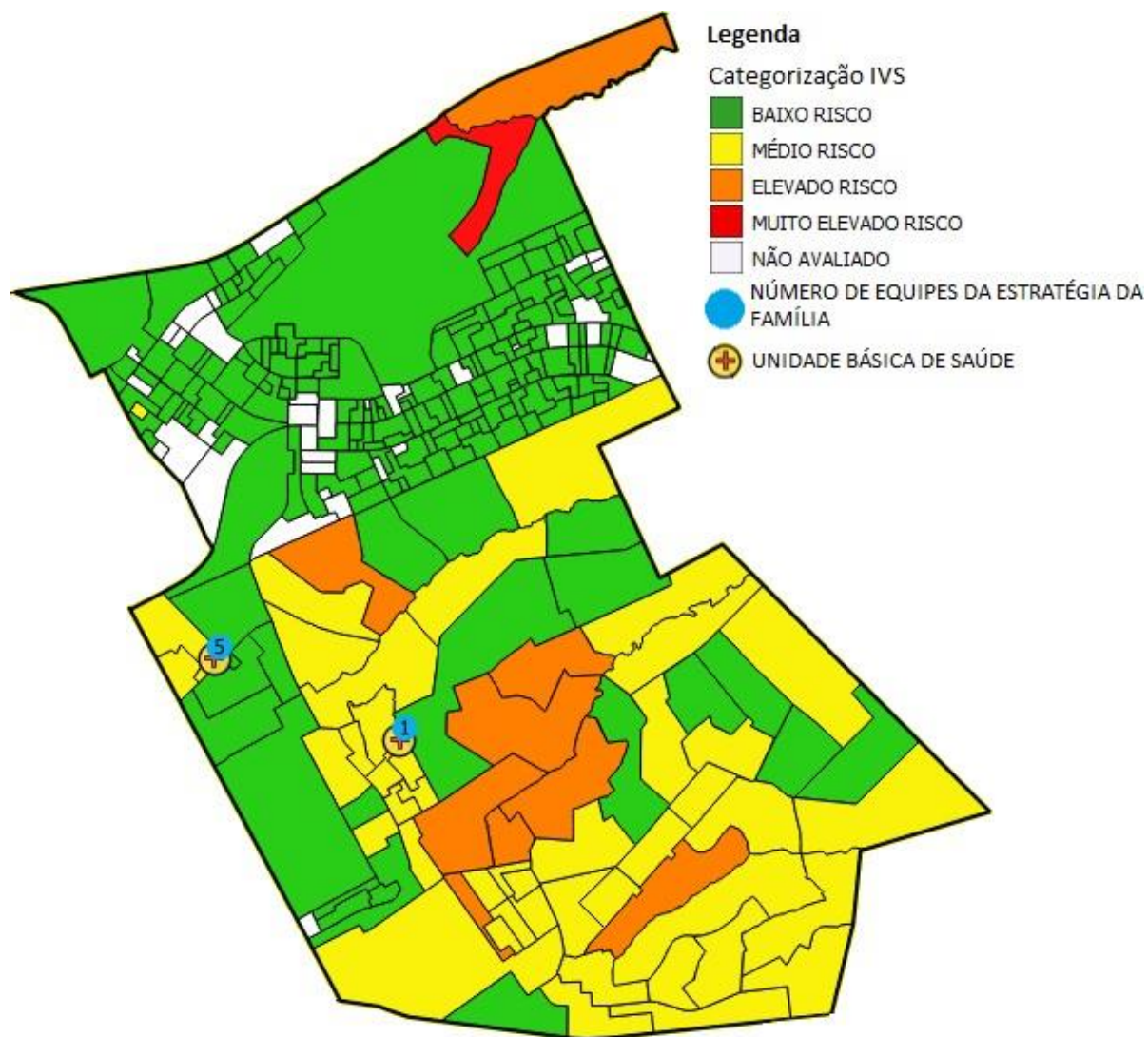


Imagem 20. Distribuição das UBSs na RA nº XX (Águas Claras) segundo o IVS.

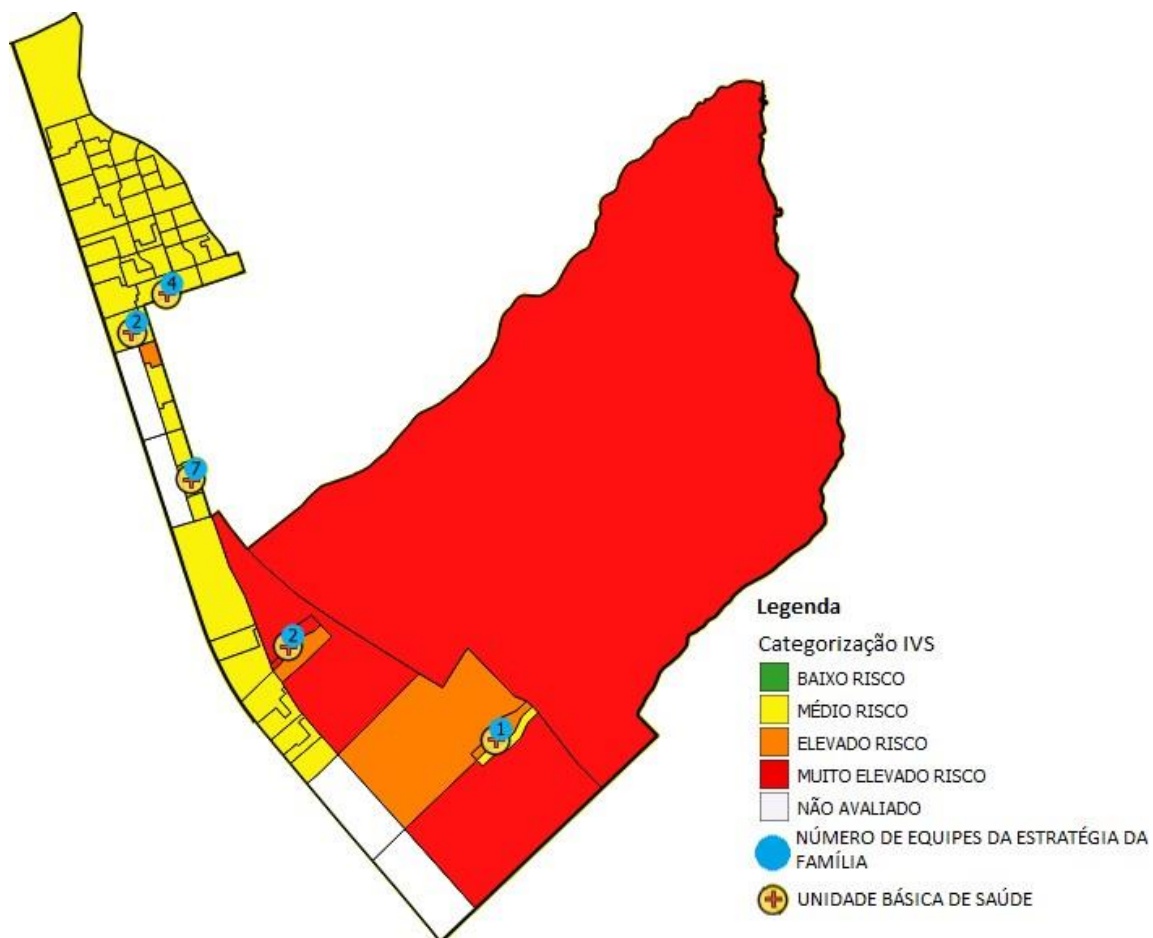


Imagem 21. Distribuição das UBSs na RA nº XXI (Riacho Fundo II) segundo o IVS.

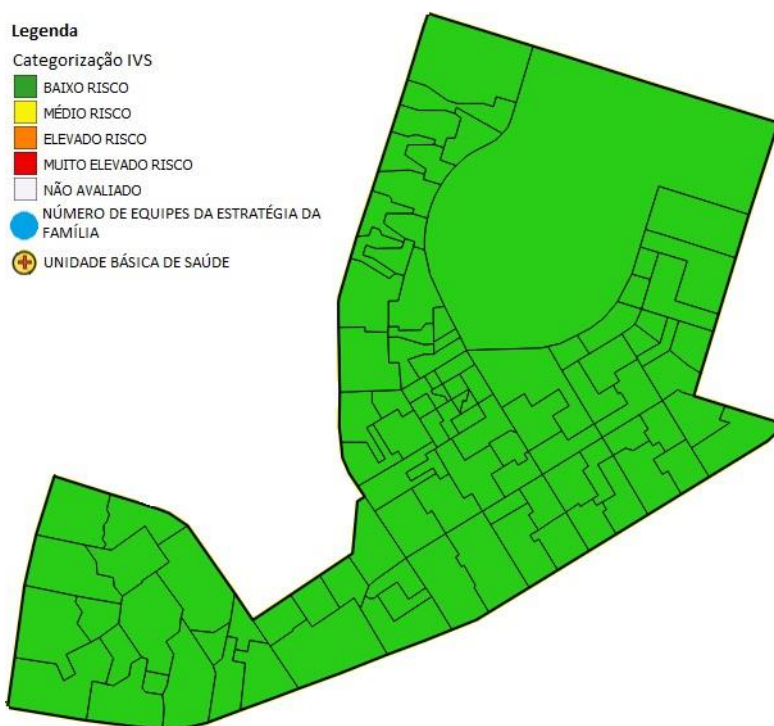


Imagem 22. Distribuição das UBSs na RA nº XXII (SUDOESTE/OCTAGONAL) segundo o IVS.

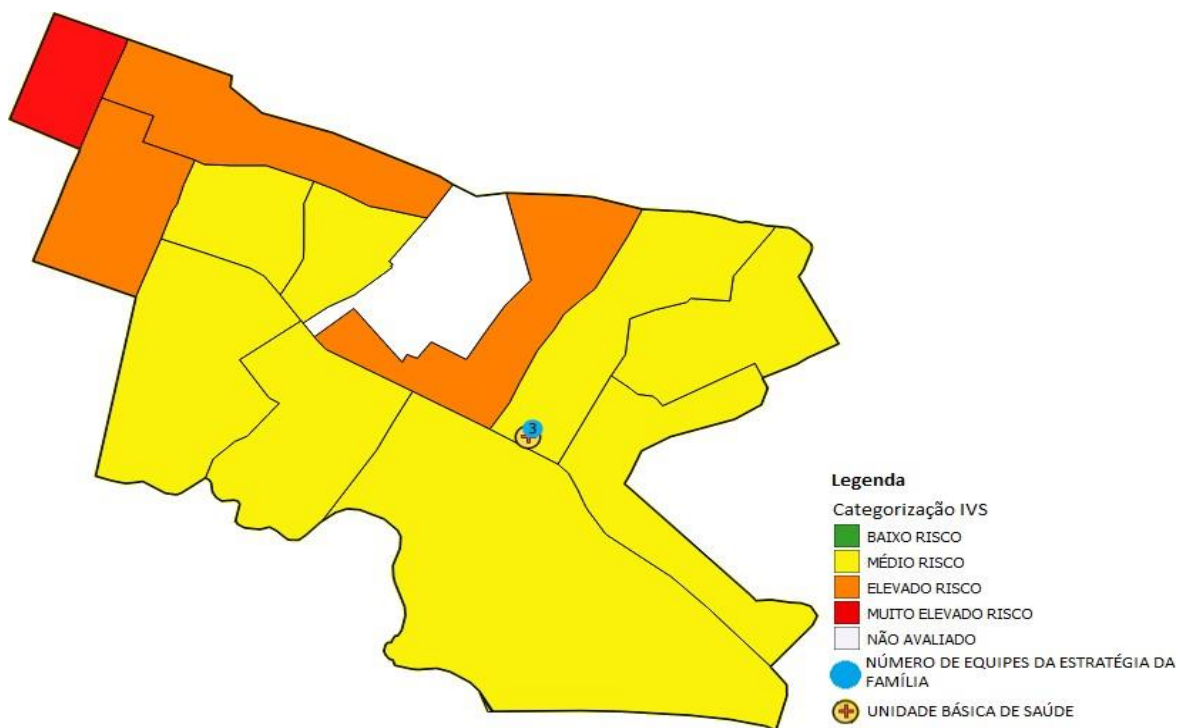


Imagem 23. Distribuição das UBSs na RA nº XXIII (Varjão) segundo o IVS.

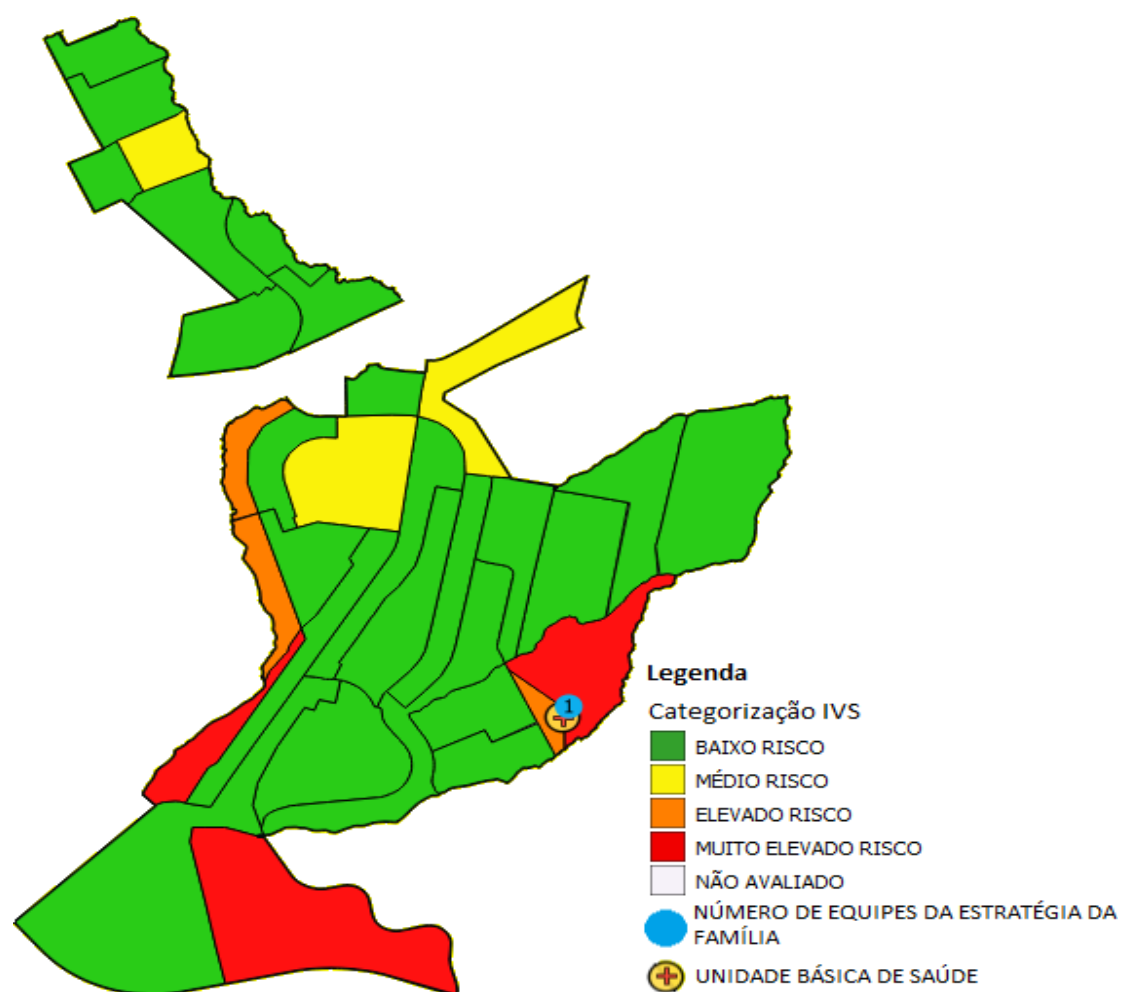


Imagem 24. Distribuição das UBSs na RA nº XIV (Park Way) segundo o IVS.

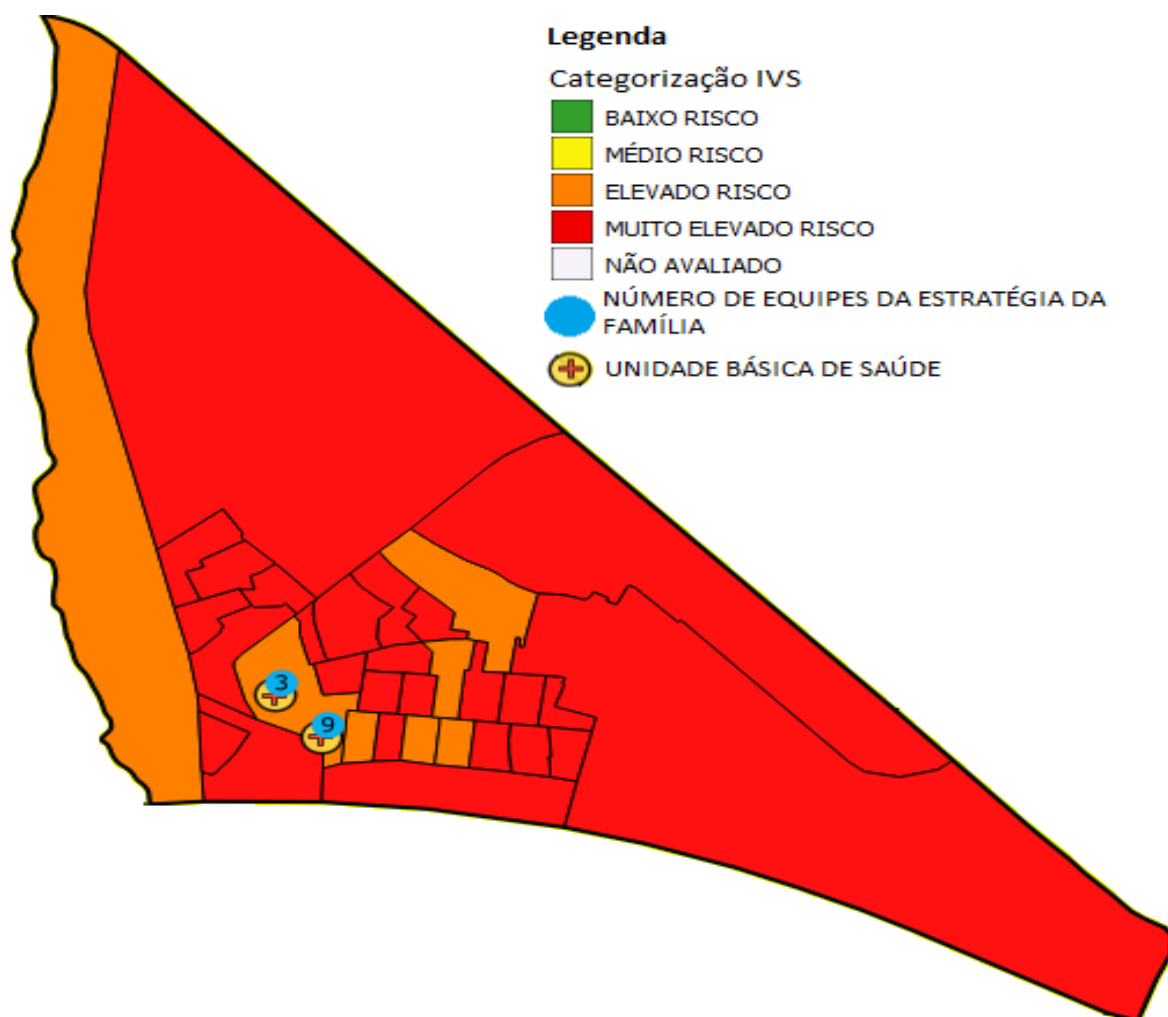


Imagem 25. Distribuição das UBSs na RA nº XXV (SCIA) segundo o IVS.

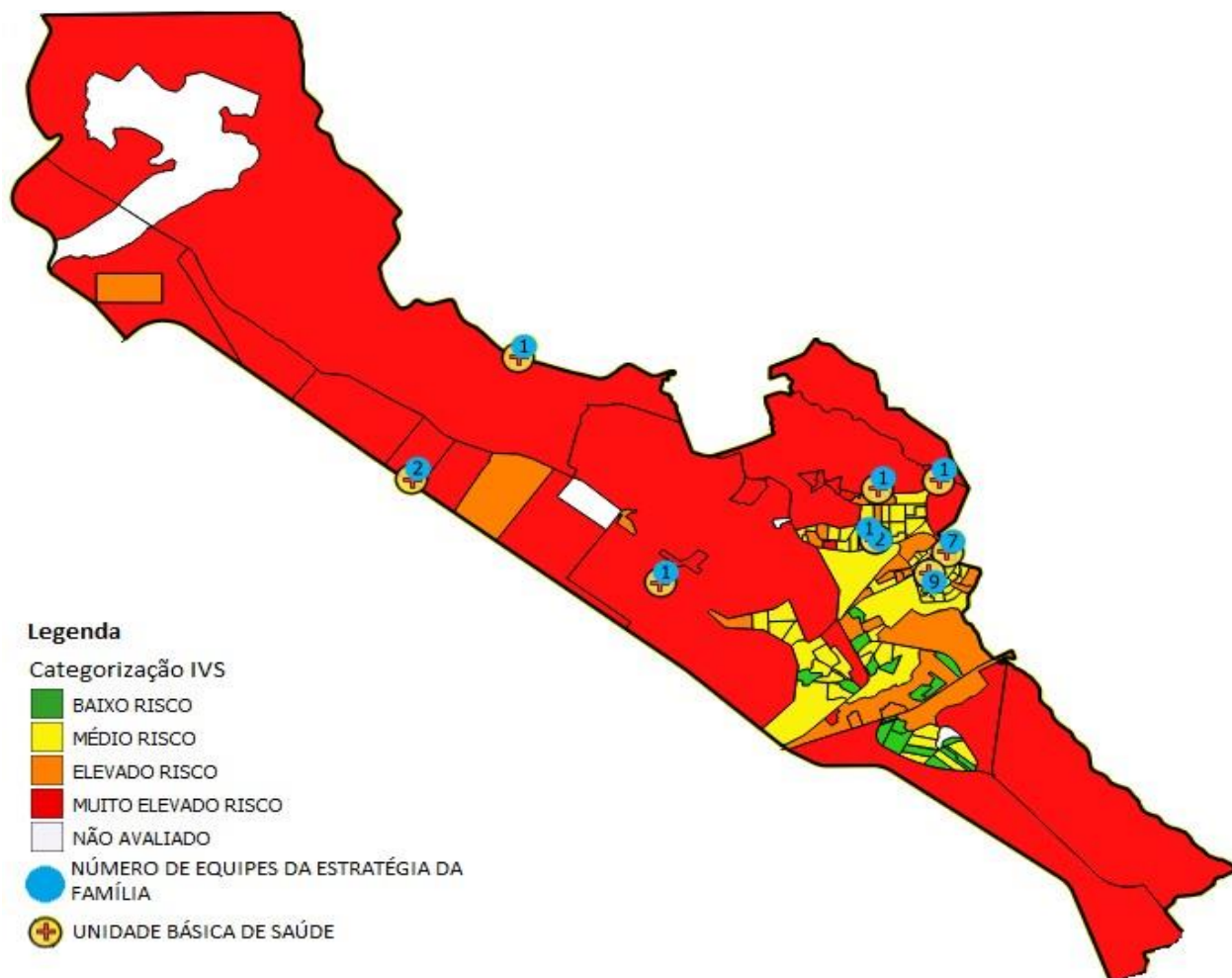


Imagem 26. Distribuição das UBSs na RA nº XXVI (Sobradinho II) segundo o IVS.

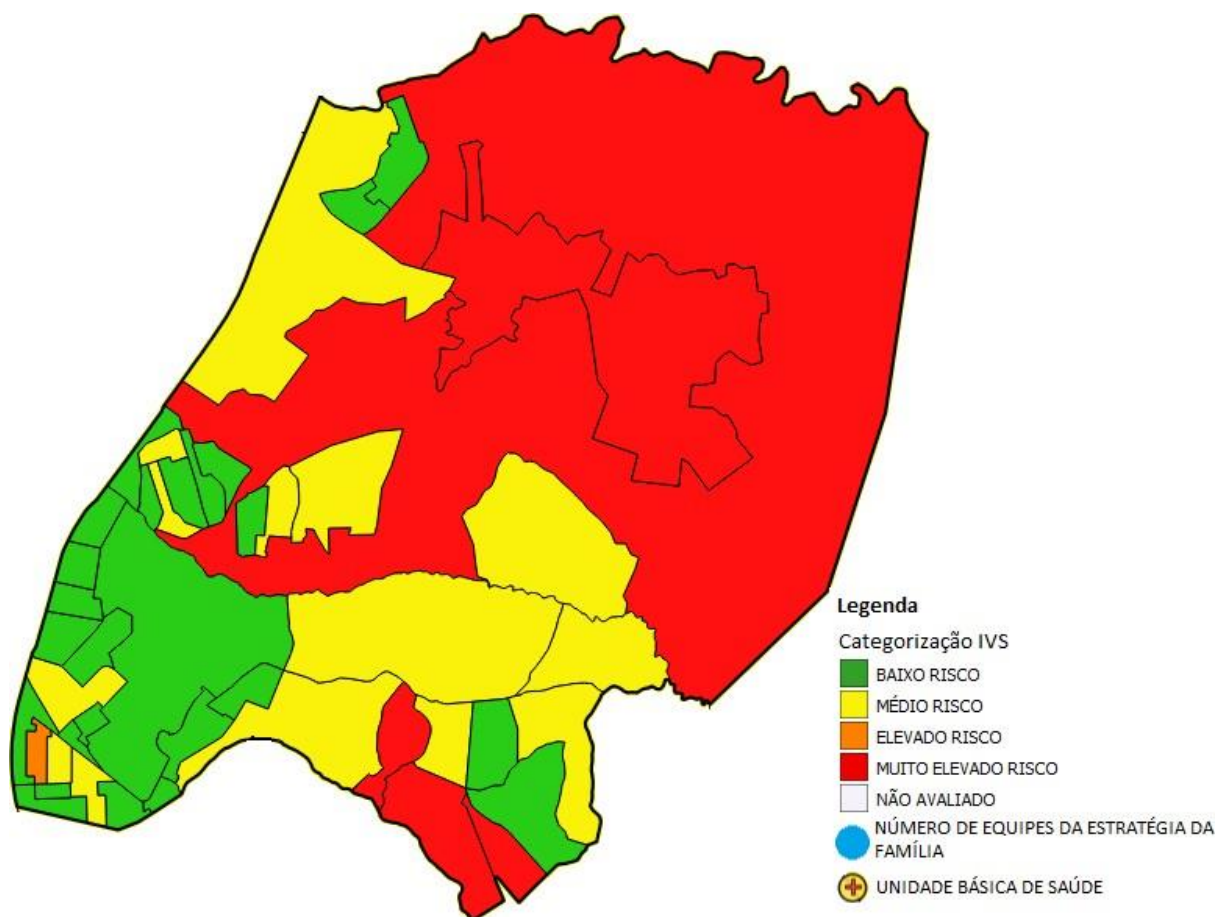


Imagem 27. Distribuição das UBSs na RA nº XXVII (Jardim Botânico) segundo o IVS.



Imagem 28. Distribuição das UBSs na RA nº XXVIII (Itapoã) segundo o IVS.

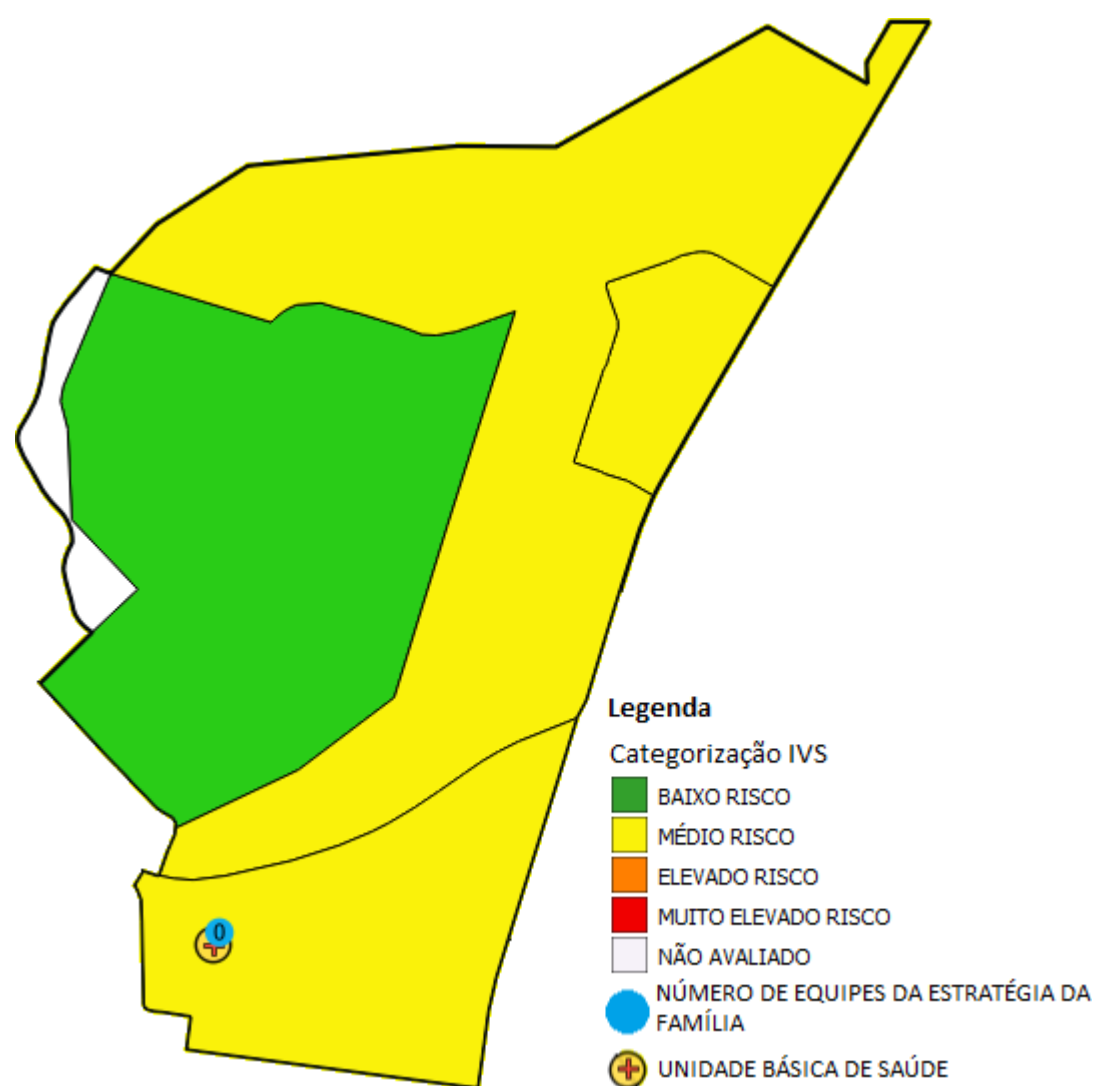


Imagem 29. Distribuição das UBSs na RA nº XXIX (SIA) segundo o IVS.

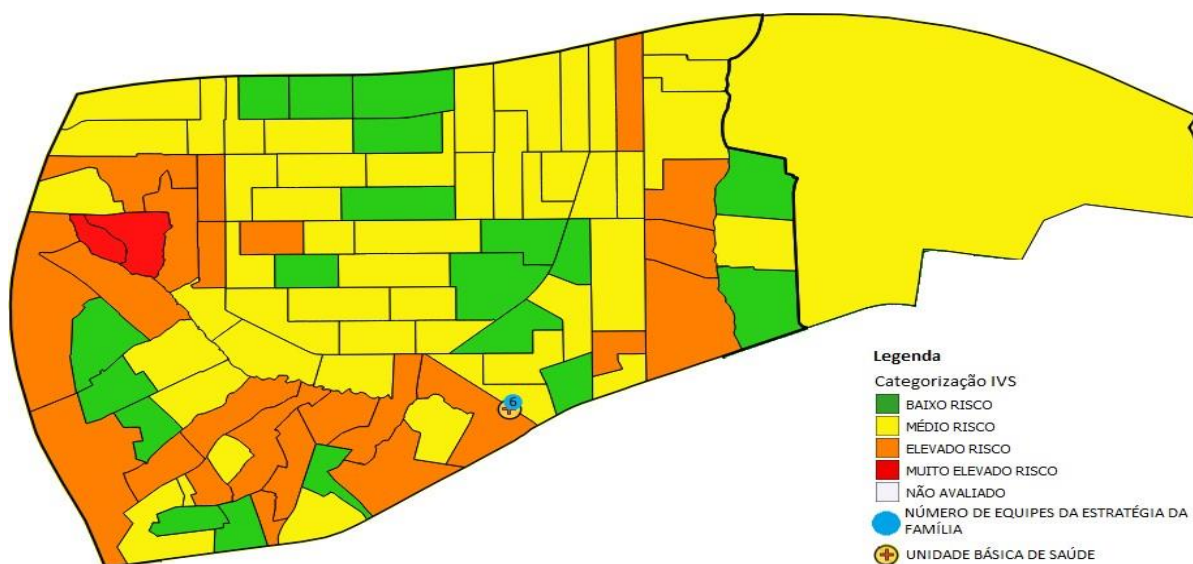


Imagem 30. Distribuição das UBSs na RA nº XXX (Vicente Pires) segundo o IVS.

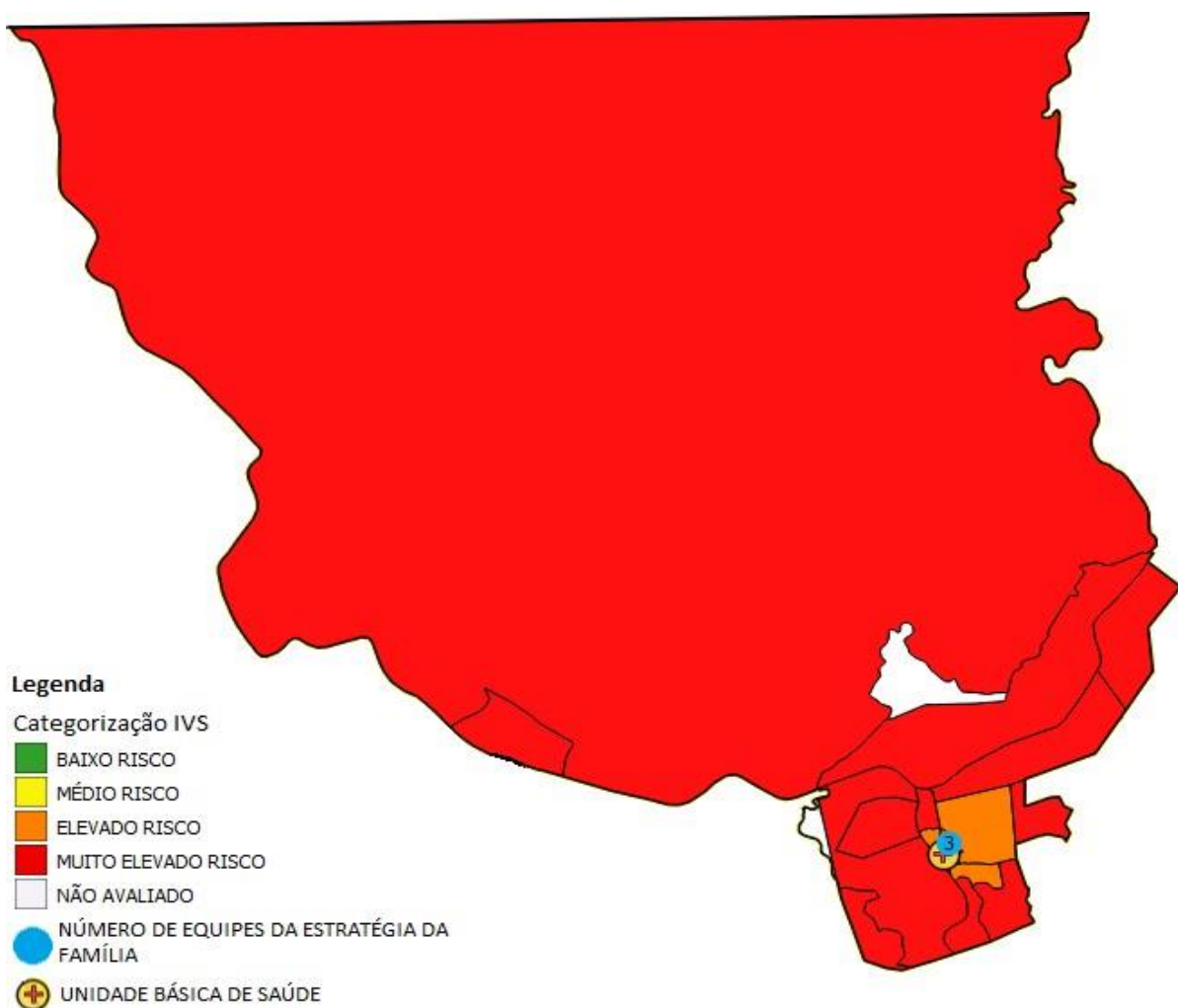


Imagem 31. Distribuição das UBSs na RA nº XXXI (Fercal) segundo o IVS.

APÊNDICE 2 – FIGURAS DA DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA NAS RAs SEGUNDO A DENSIDADE DEMOGRÁFICA.

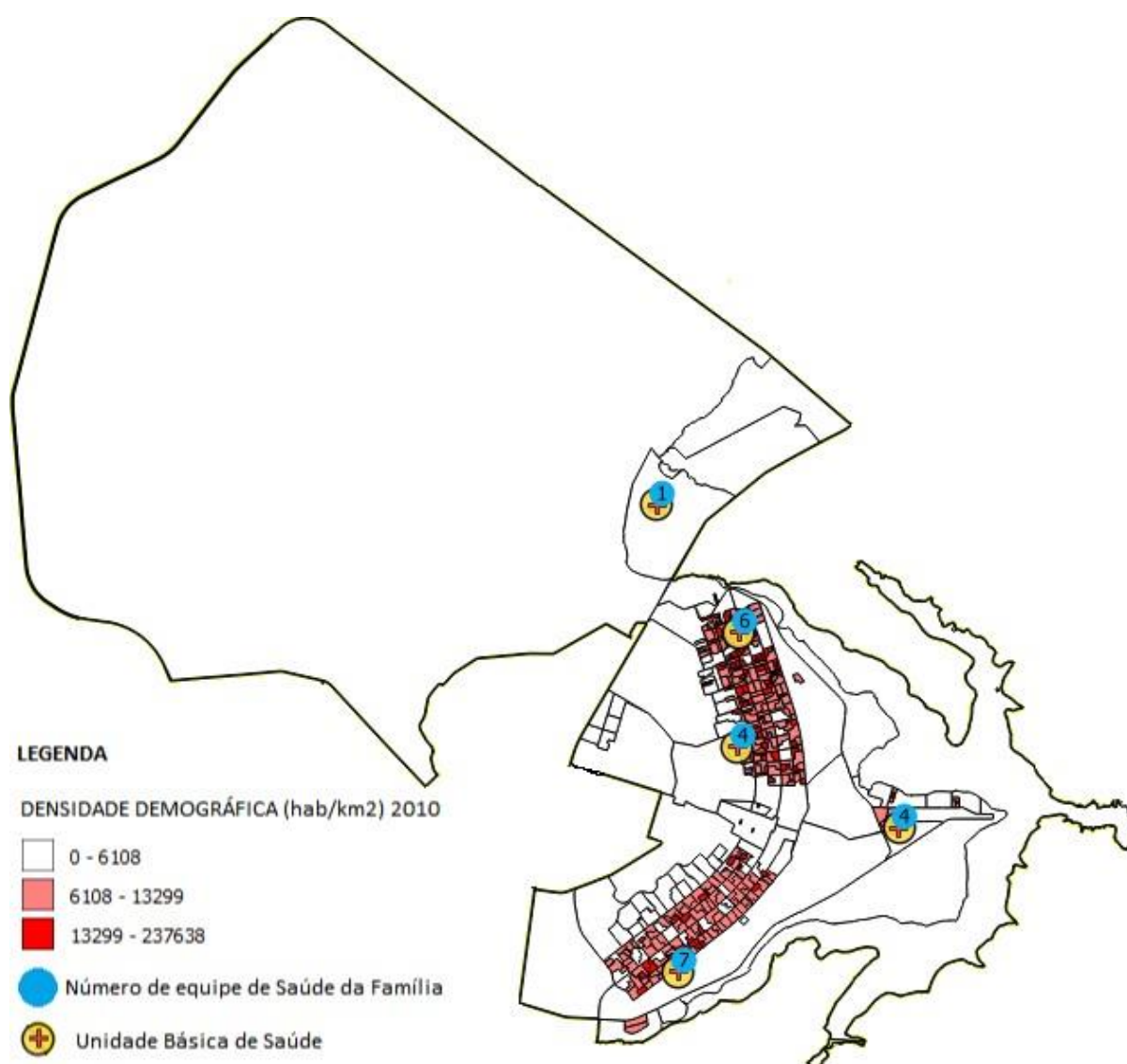


Imagem 1. Distribuição das UBSs na RA I (Brasília) segundo a Densidade Demográfica.

LEGENDA

DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab/km²) 2010

0 - 6108

6108 - 13299

13299 - 237638

Número de equipe de Saúde da Família

Unidade Básica de Saúde

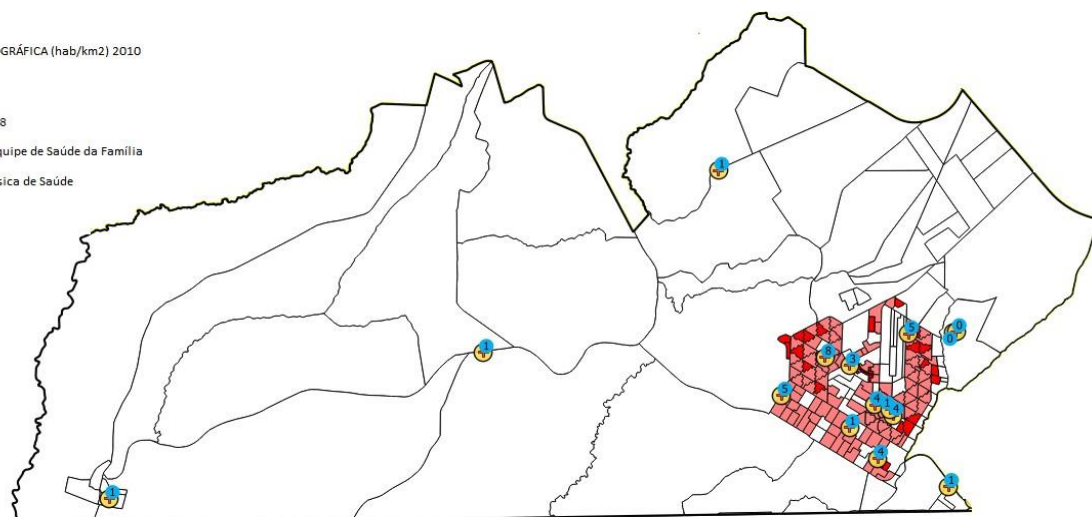


Imagem 2. Distribuição das UBSs na RA nº II (Gama) segundo a Densidade Demográfica.

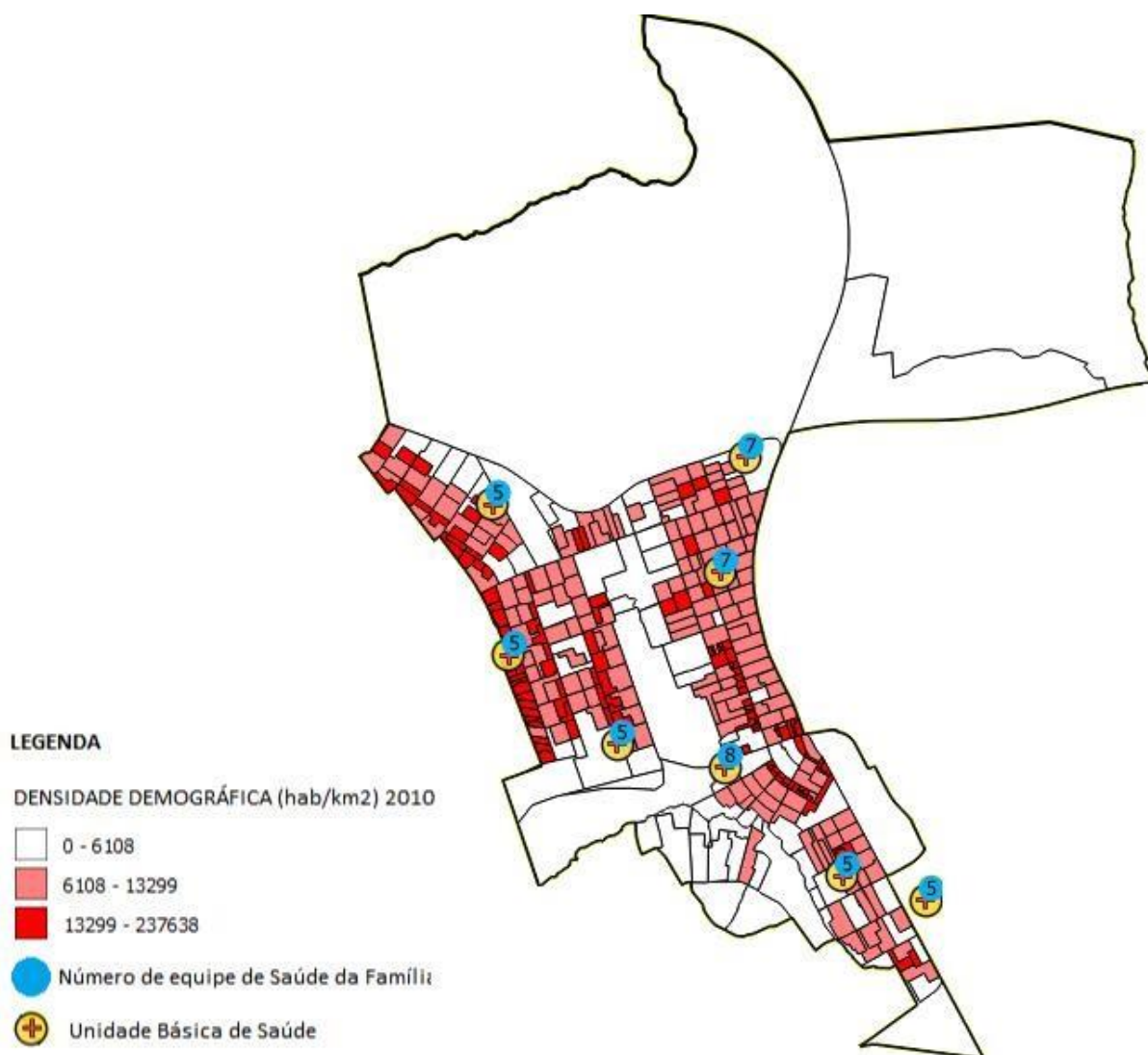


Imagem 3. Distribuição das UBSs na RA nº III (Taguatinga) segundo a Densidade Demográfica.

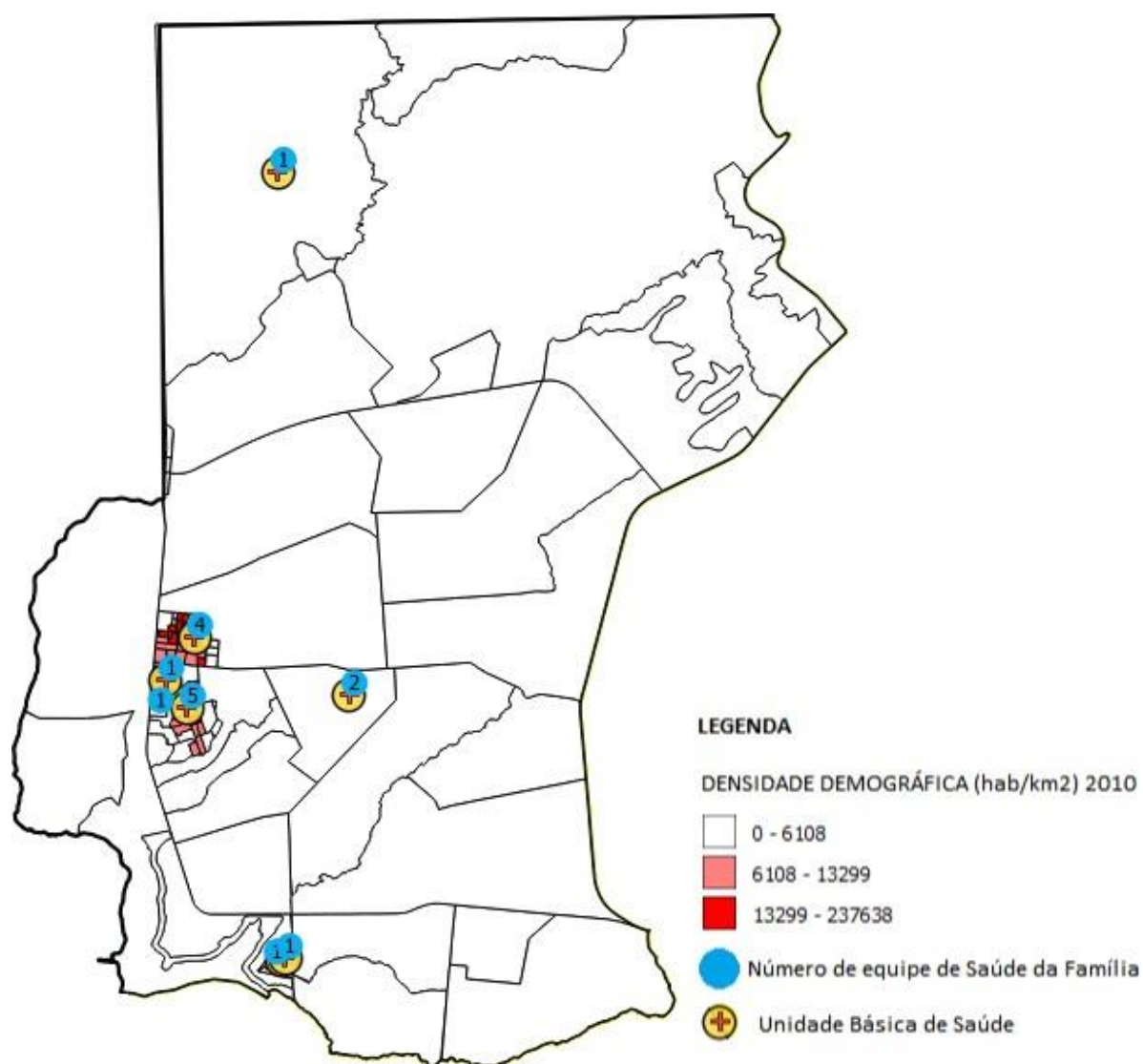


Imagem 4. Distribuição das UBSs na RA nº IV (Brazlândia) segundo a Densidade Demográfica.

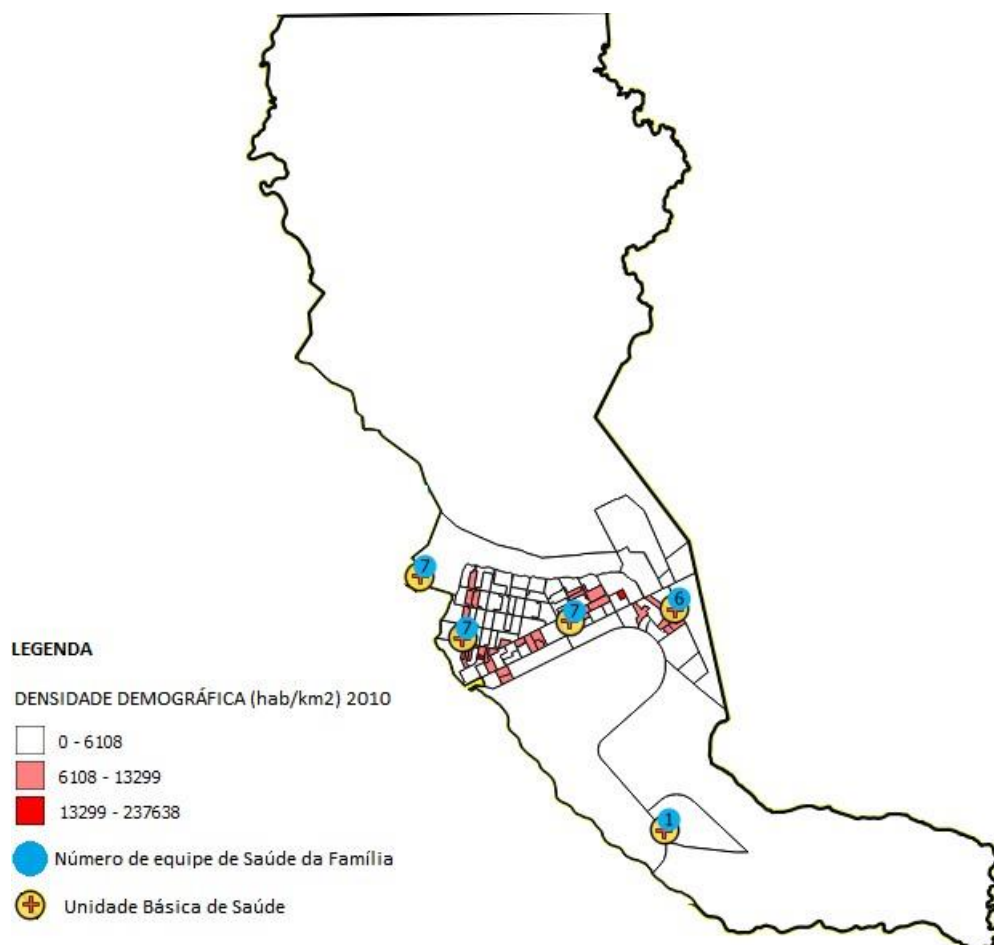


Imagem 5. Distribuição das UBSs na RA nº V (Sobradinho) segundo a Densidade Demográfica.

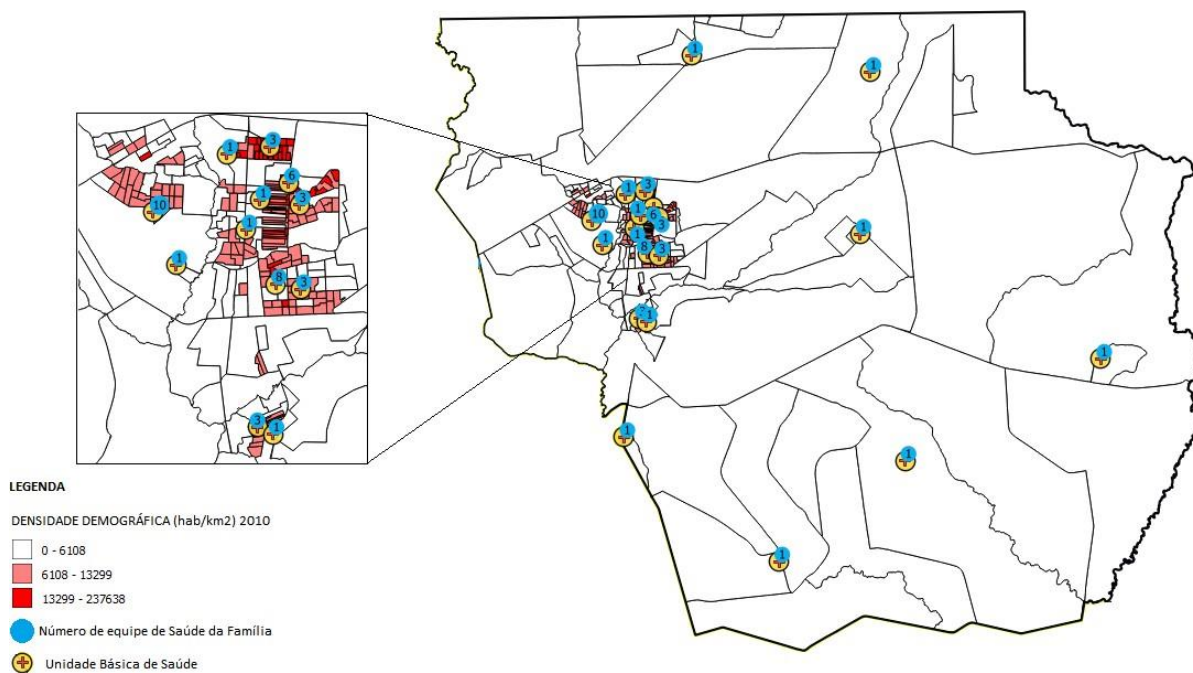


Imagem 6. Distribuição das UBSs na RA nº VI (Planaltina) segundo a Densidade Demográfica.

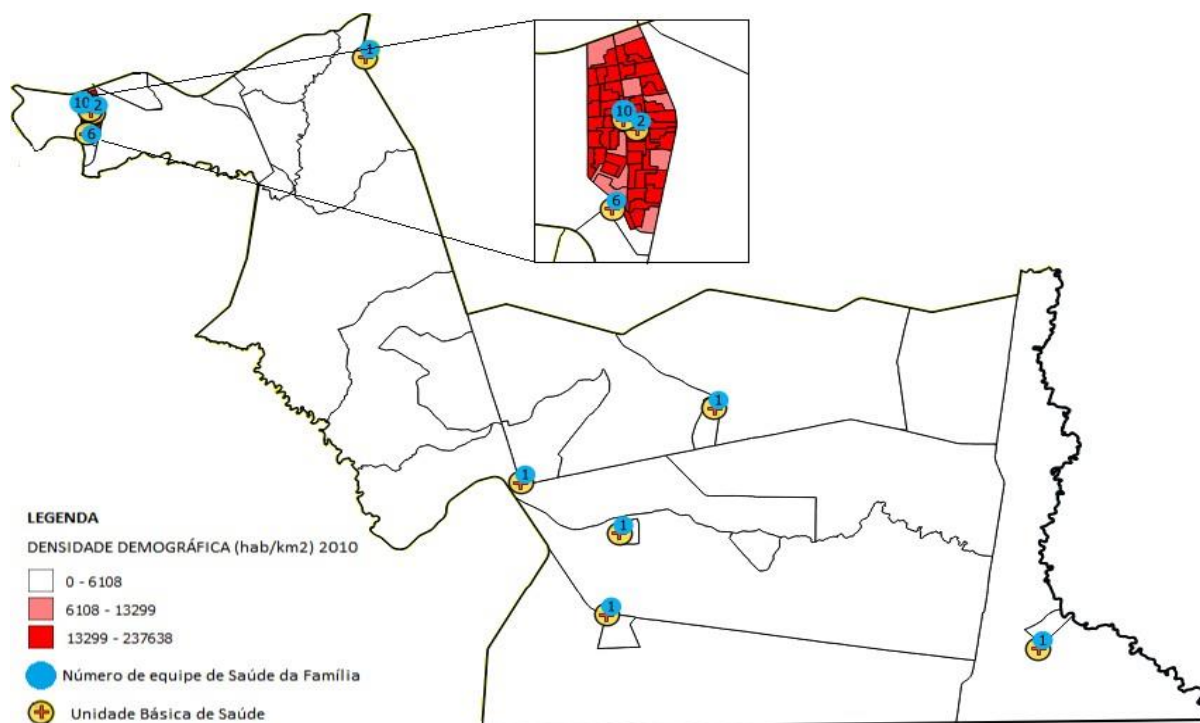


Imagem 7. Distribuição das UBSs na RA nº VII (Paranoá) segundo a Densidade Demográfica.

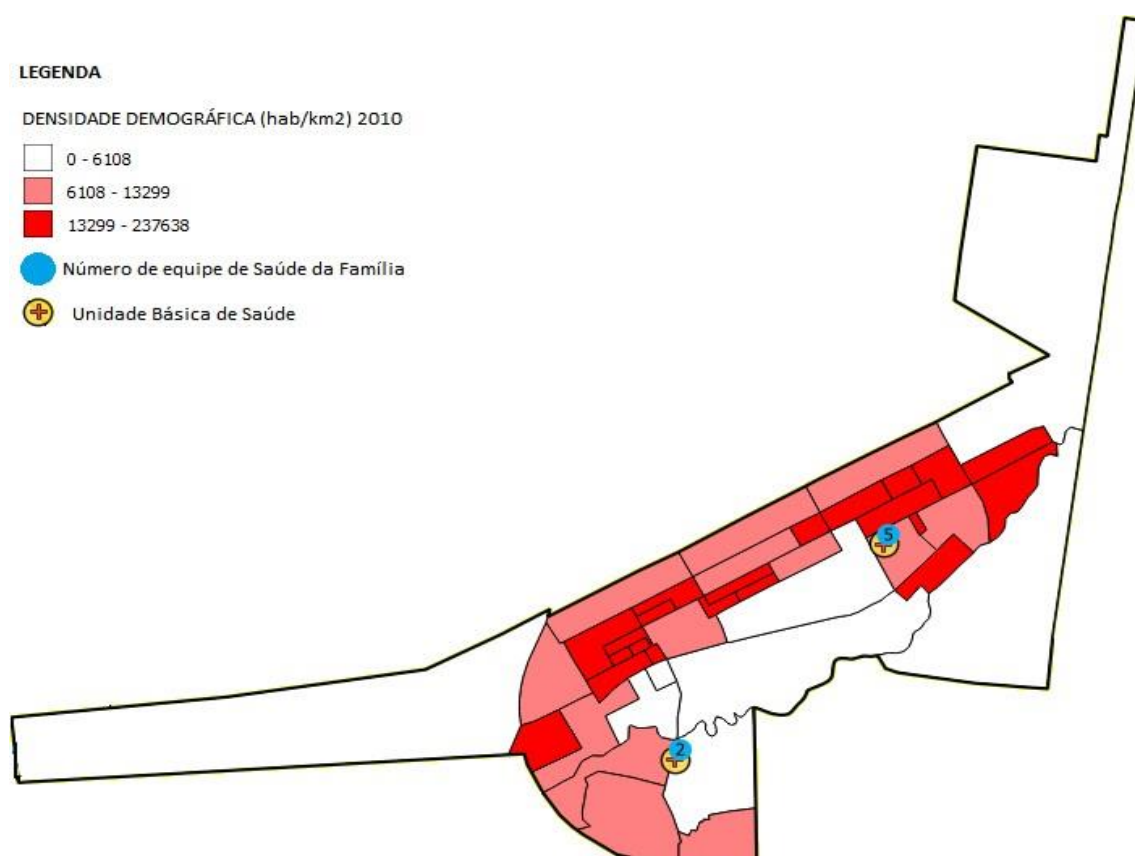


Imagem 8. Distribuição das UBSs na RA nº VIII (Núcleo Bandeirante) segundo a Densidade Demográfica.

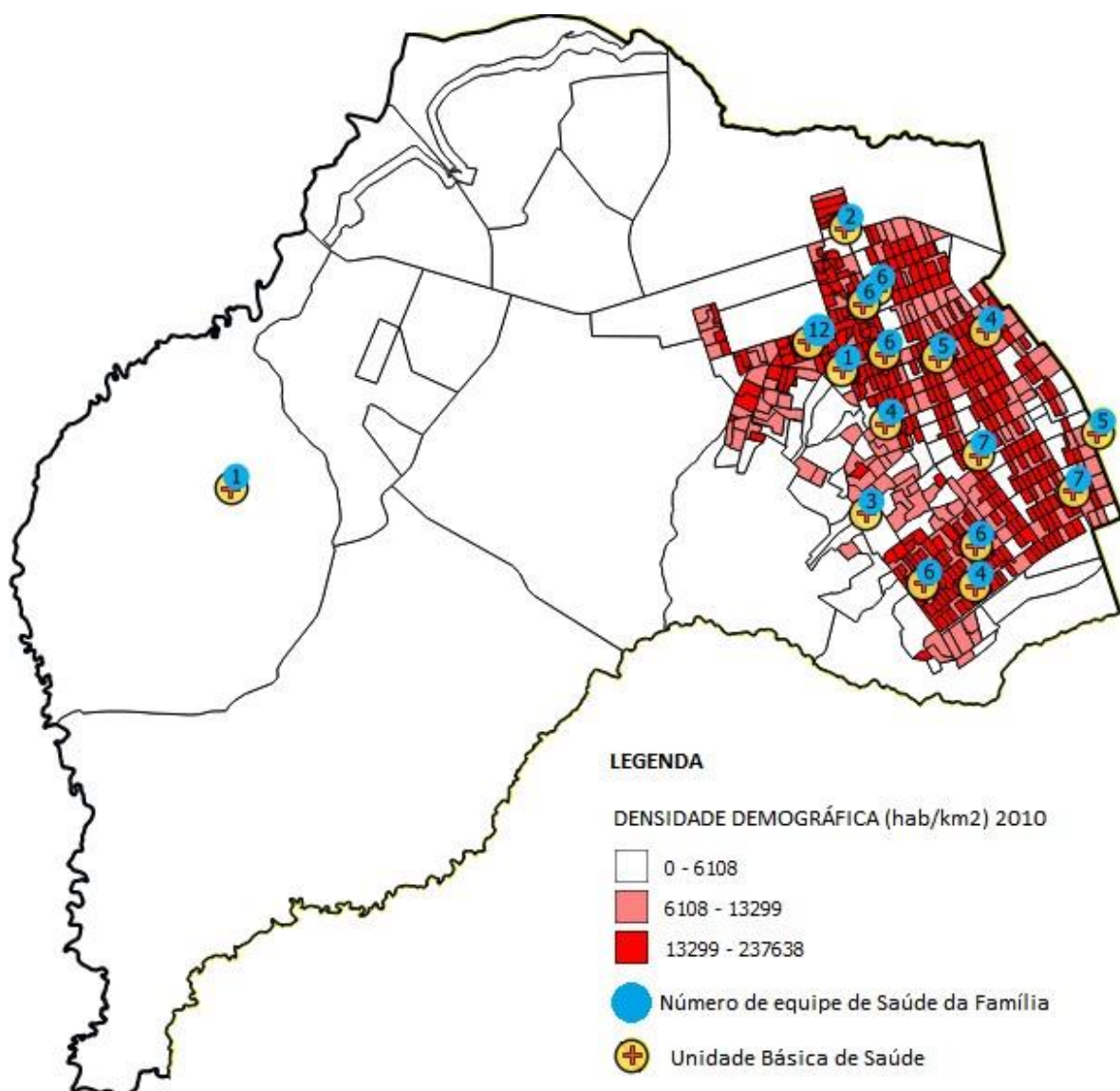


Imagem 9. Distribuição das UBSs na RA nº IX (Ceilândia) segundo a Densidade Demográfica.

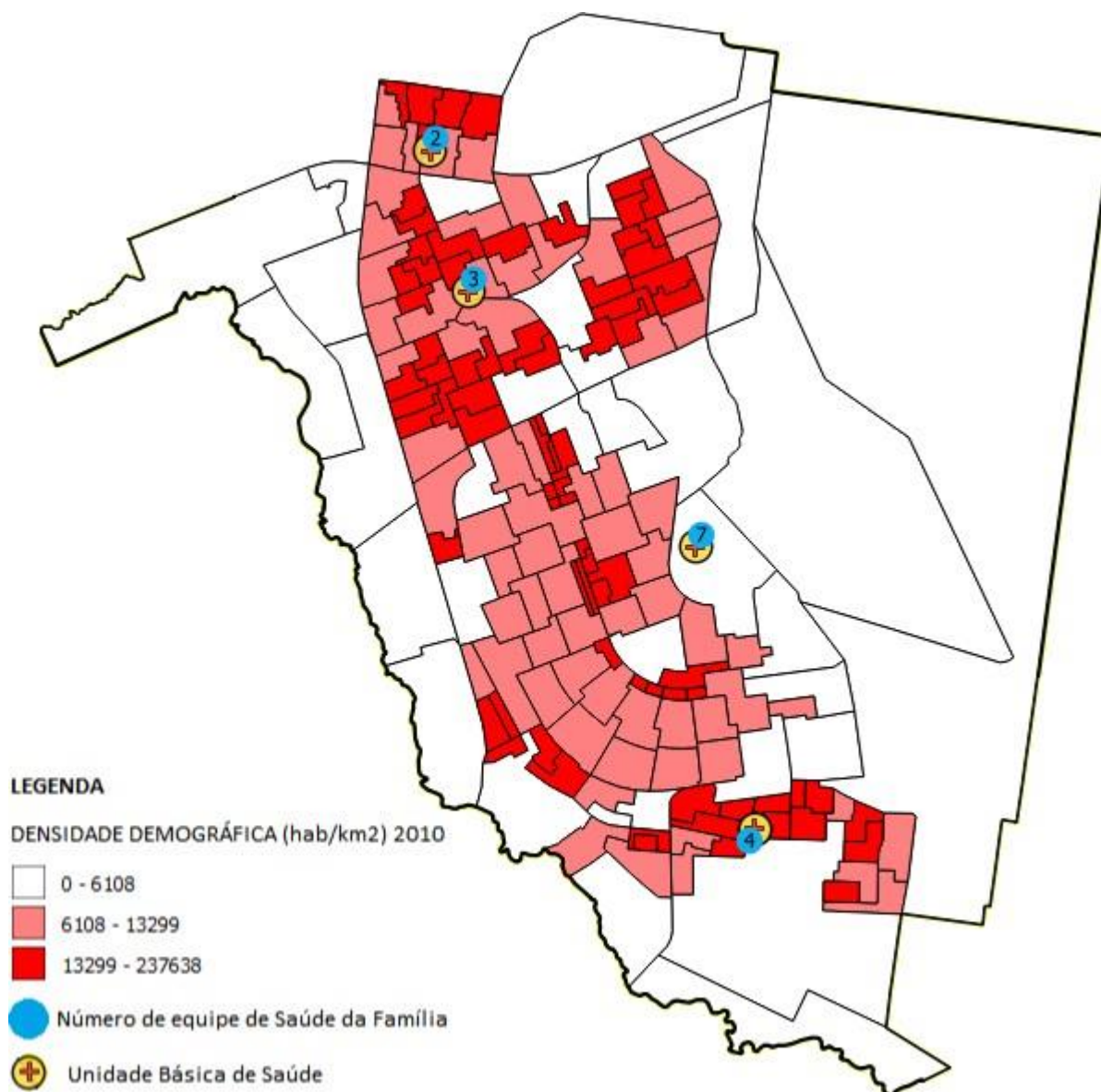


Imagem 10. Distribuição das UBSs na RA nº X (Guará) segundo a Densidade Demográfica.

LEGENDA

DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab/km2) 2010

0 - 6108

6108 - 13299

13299 - 237638

Número de equipe de Saúde da Família

Unidade Básica de Saúde

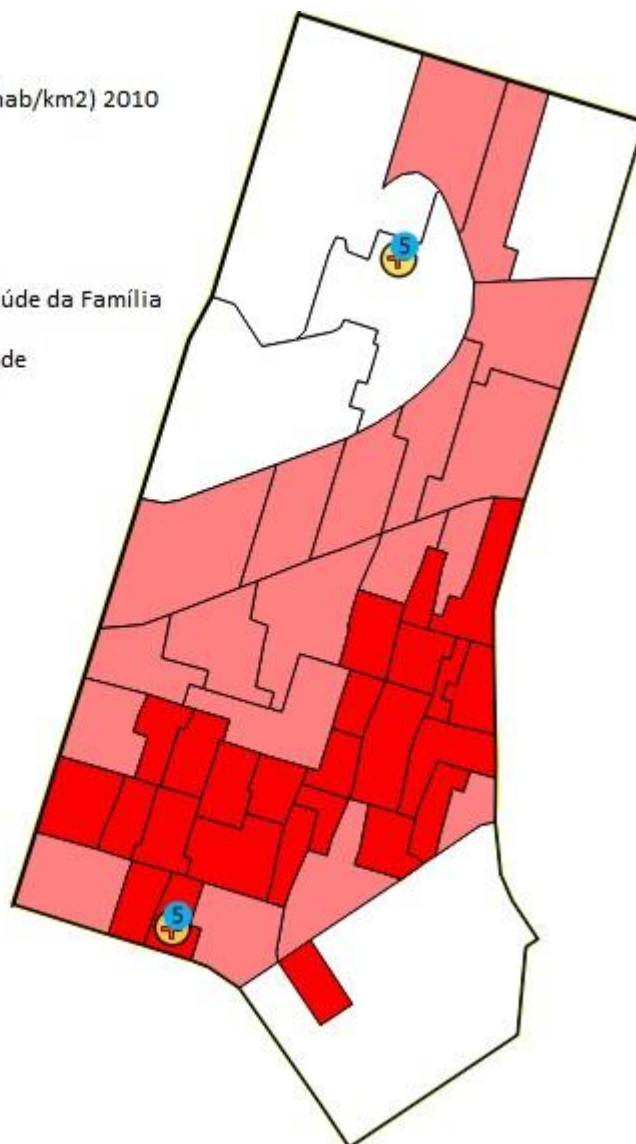


Imagem 11. Distribuição das UBSs na RA nº XI (Cruzeiro) segundo a Densidade Demográfica.

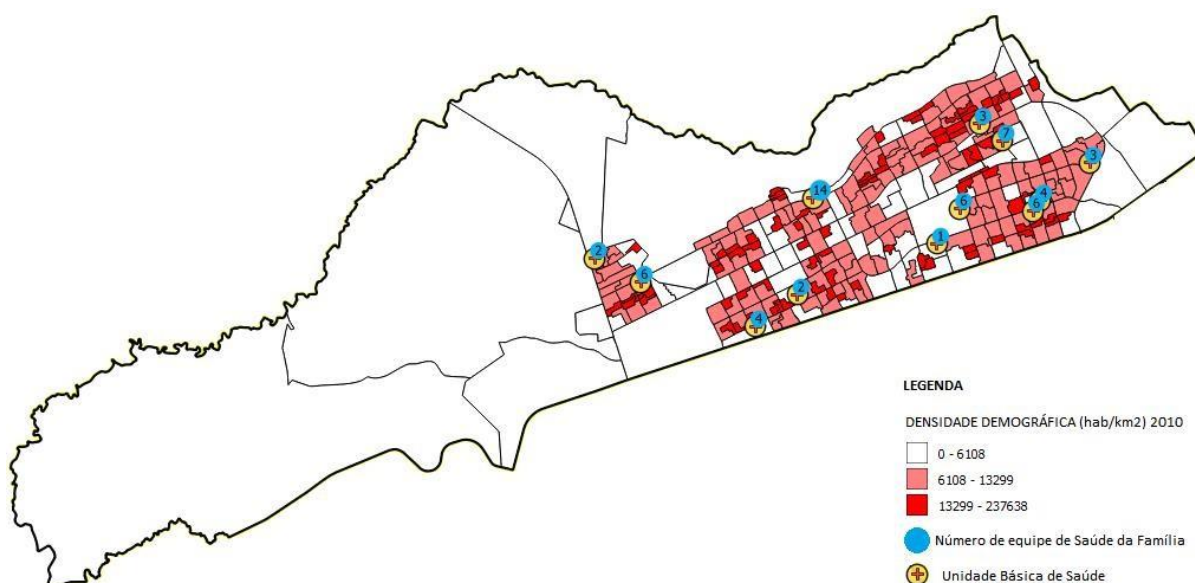


Imagem 12. Distribuição das UBSs na RA nº XII (Samambaia) segundo a Densidade Demográfica.

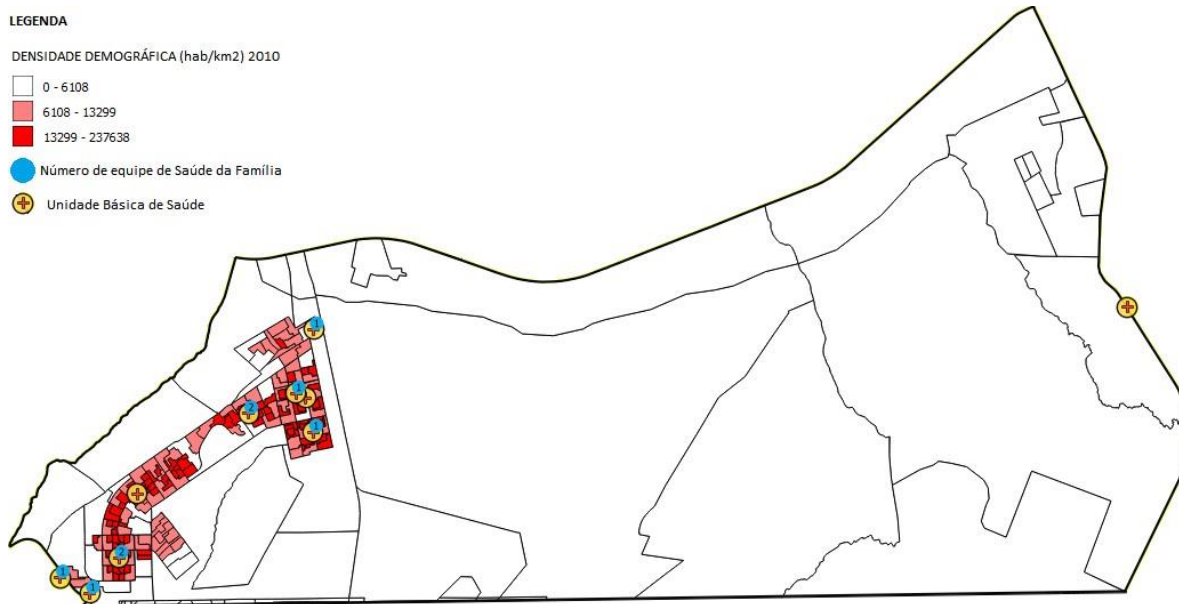


Imagem 13. Distribuição das UBSs na RA nº XIII (Santa Maria) segundo a Densidade Demográfica.

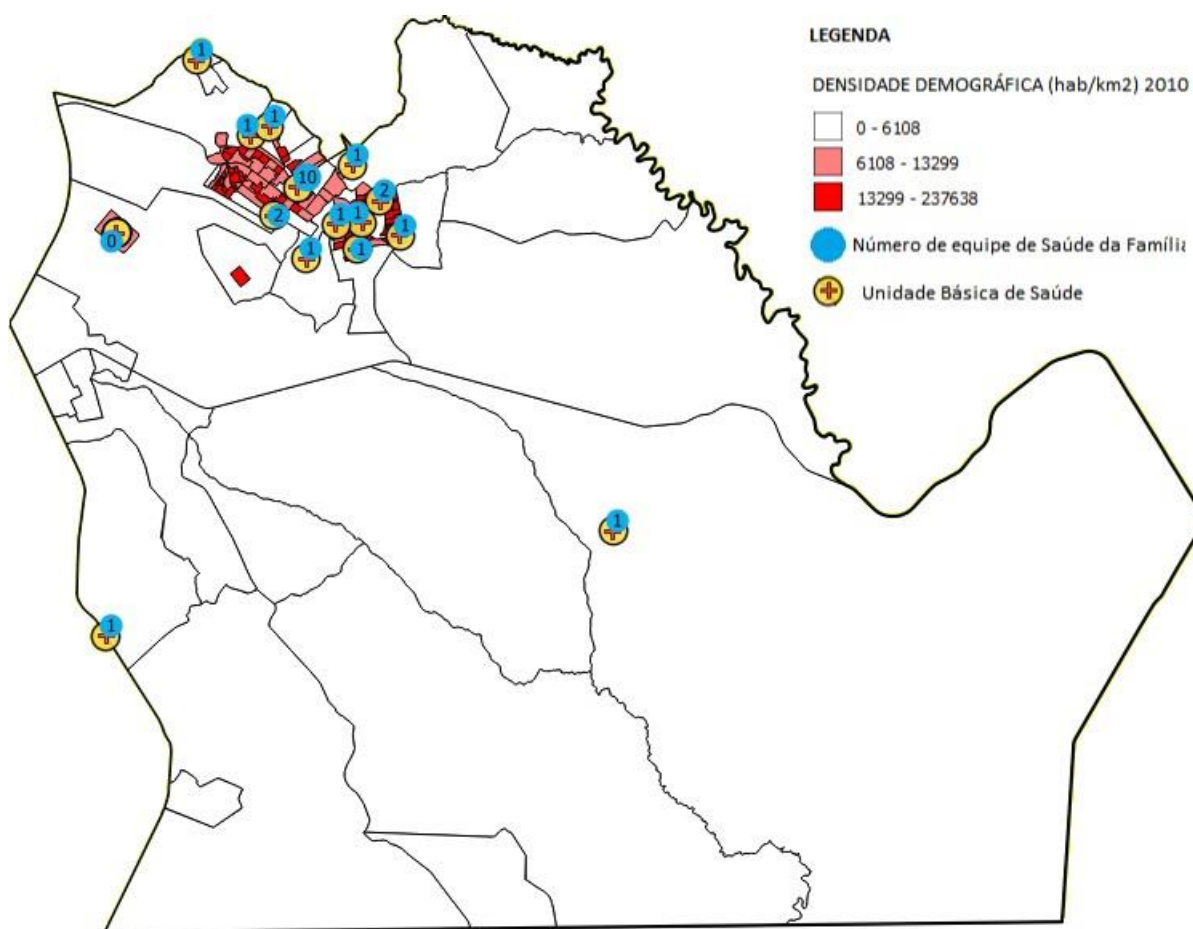


Imagem 14. Distribuição das UBSs na RA nº XIV (São Sebastião) segundo a Densidade Demográfica.

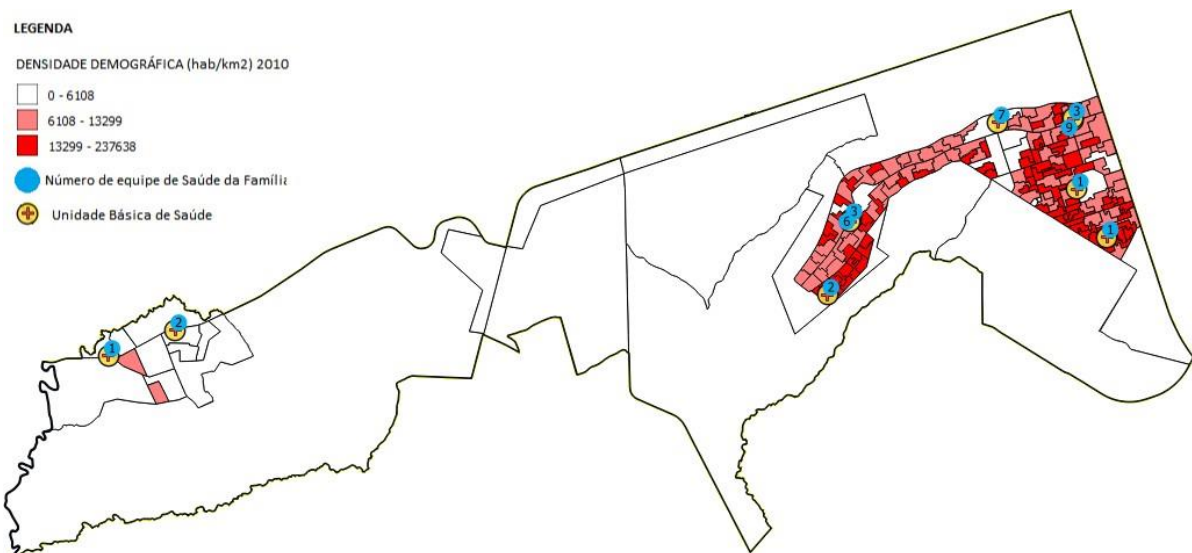


Imagem 15. Distribuição das UBSs na RA nº XV (Recanto das Emas) segundo a Densidade Demográfica.

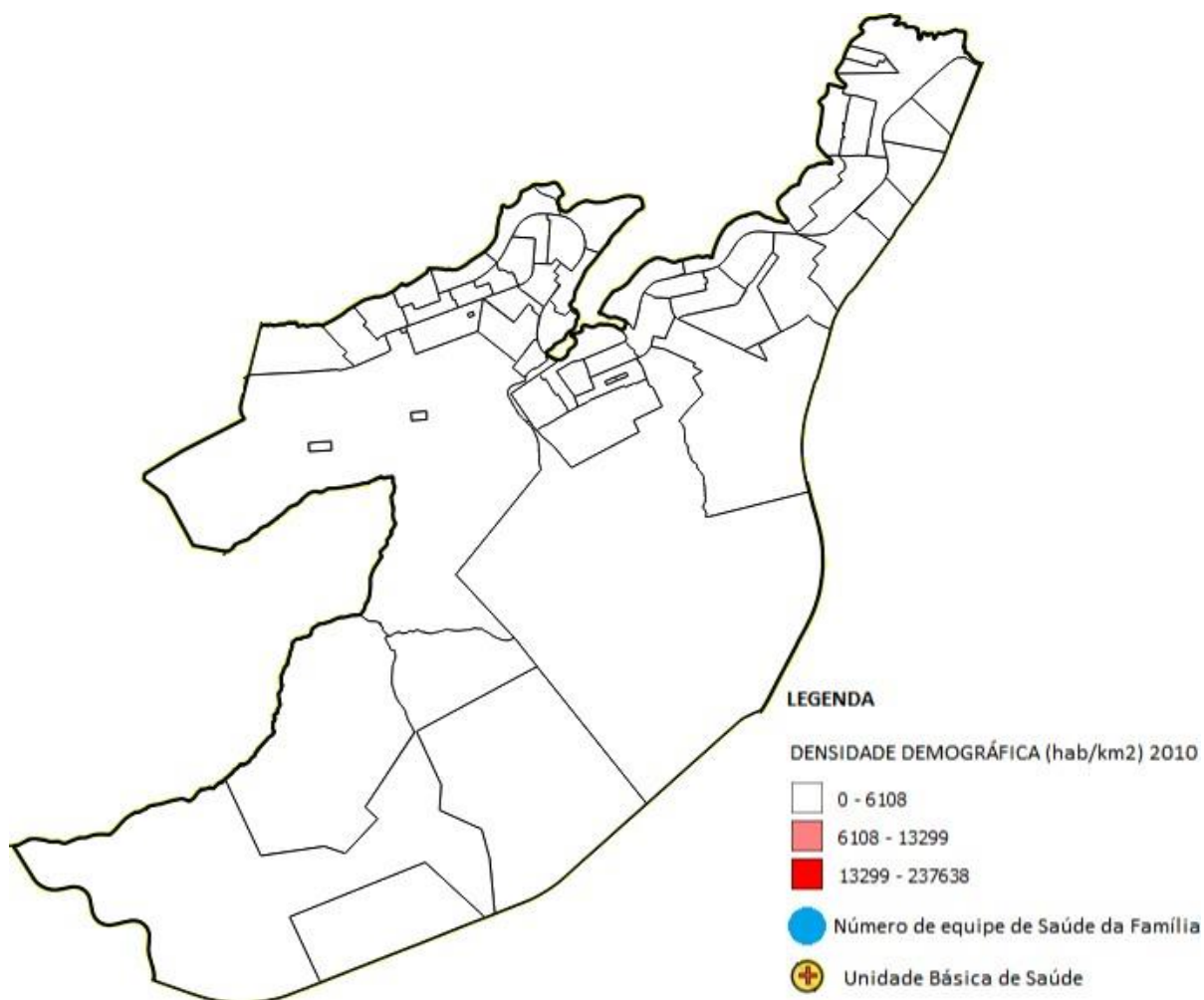


Imagem 16. Distribuição das UBSs na RA nº XVI (Lago Sul) segundo a Densidade Demográfica.

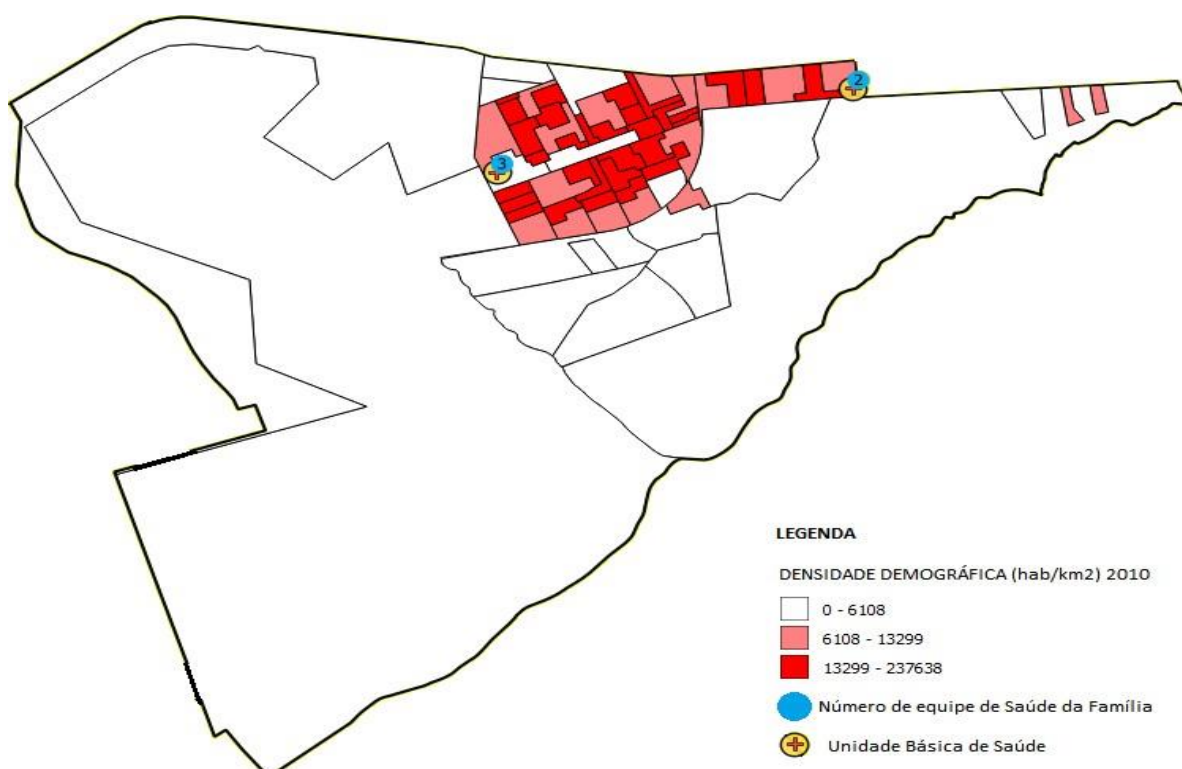


Imagem 17. Distribuição das UBSs na RA nº XVII (Riacho Fundo) segundo a Densidade Demográfica.

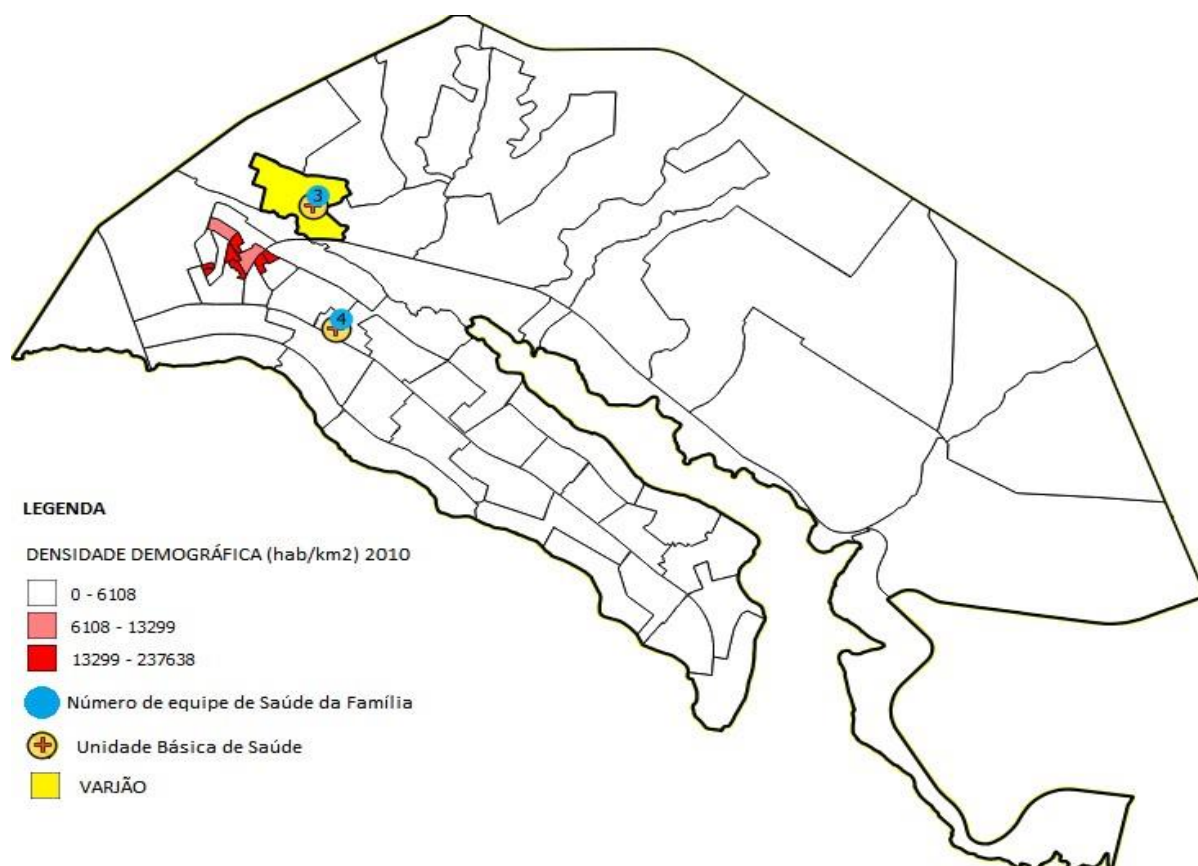


Imagem 18. Distribuição das UBSs na RA nº XVIII (Lago Norte) segundo a Densidade Demográfica.

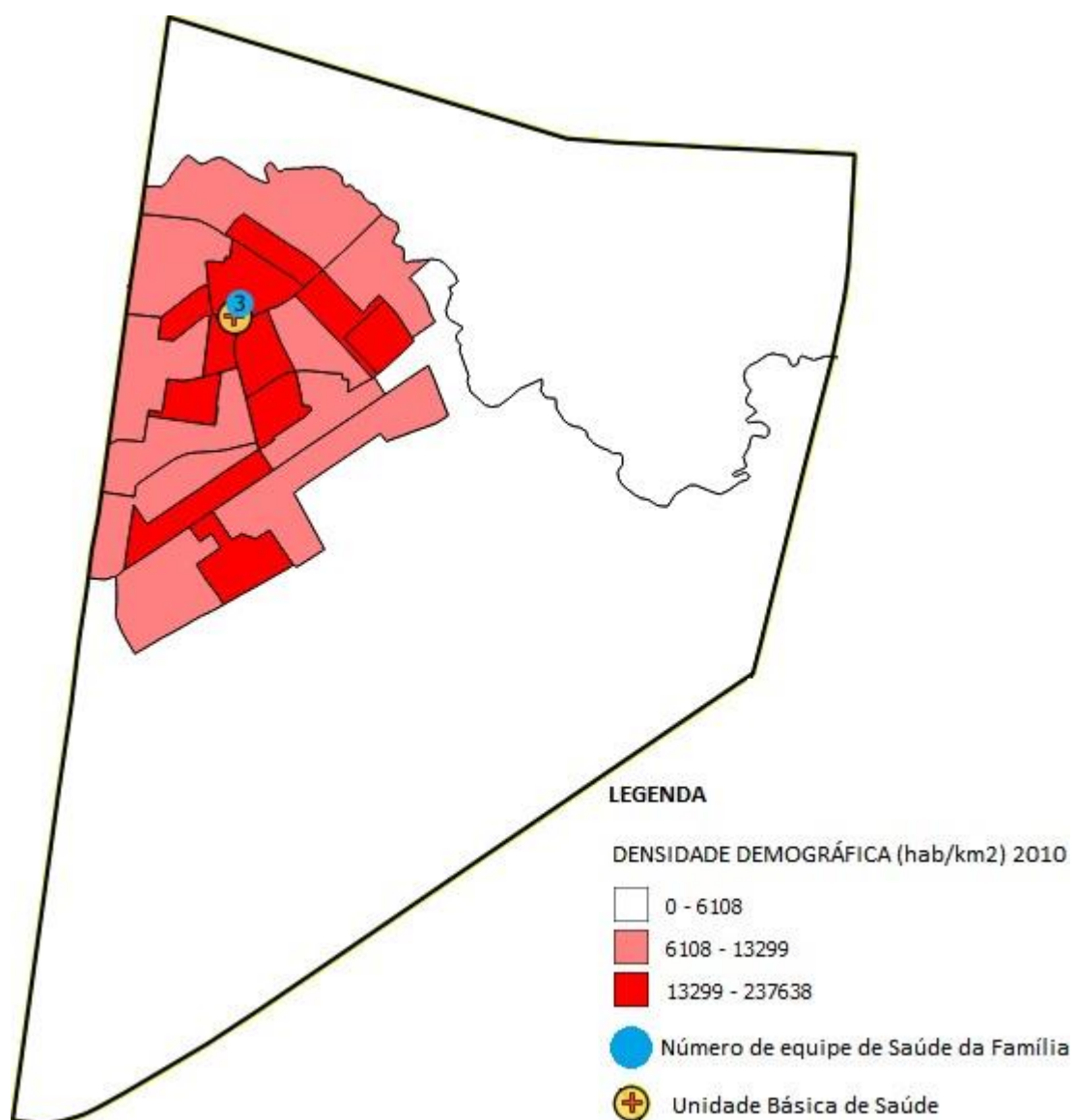


Imagem 19. Distribuição das UBSs na RA nº XIX (Candangolândia) segundo a Densidade Demográfica.

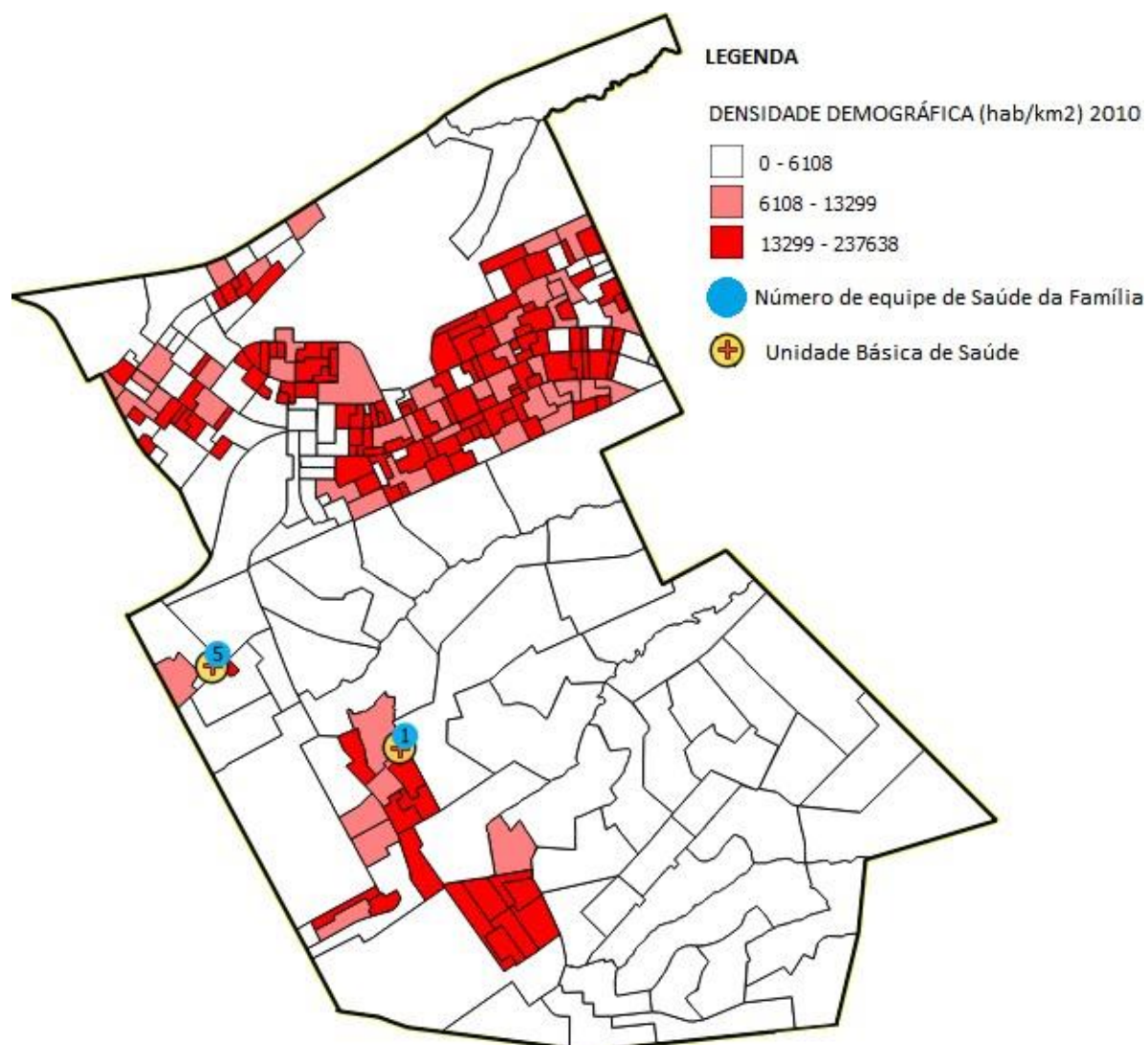


Imagem 20. Distribuição das UBSs na RA nº XX (Águas Claras) segundo a Densidade Demográfica.

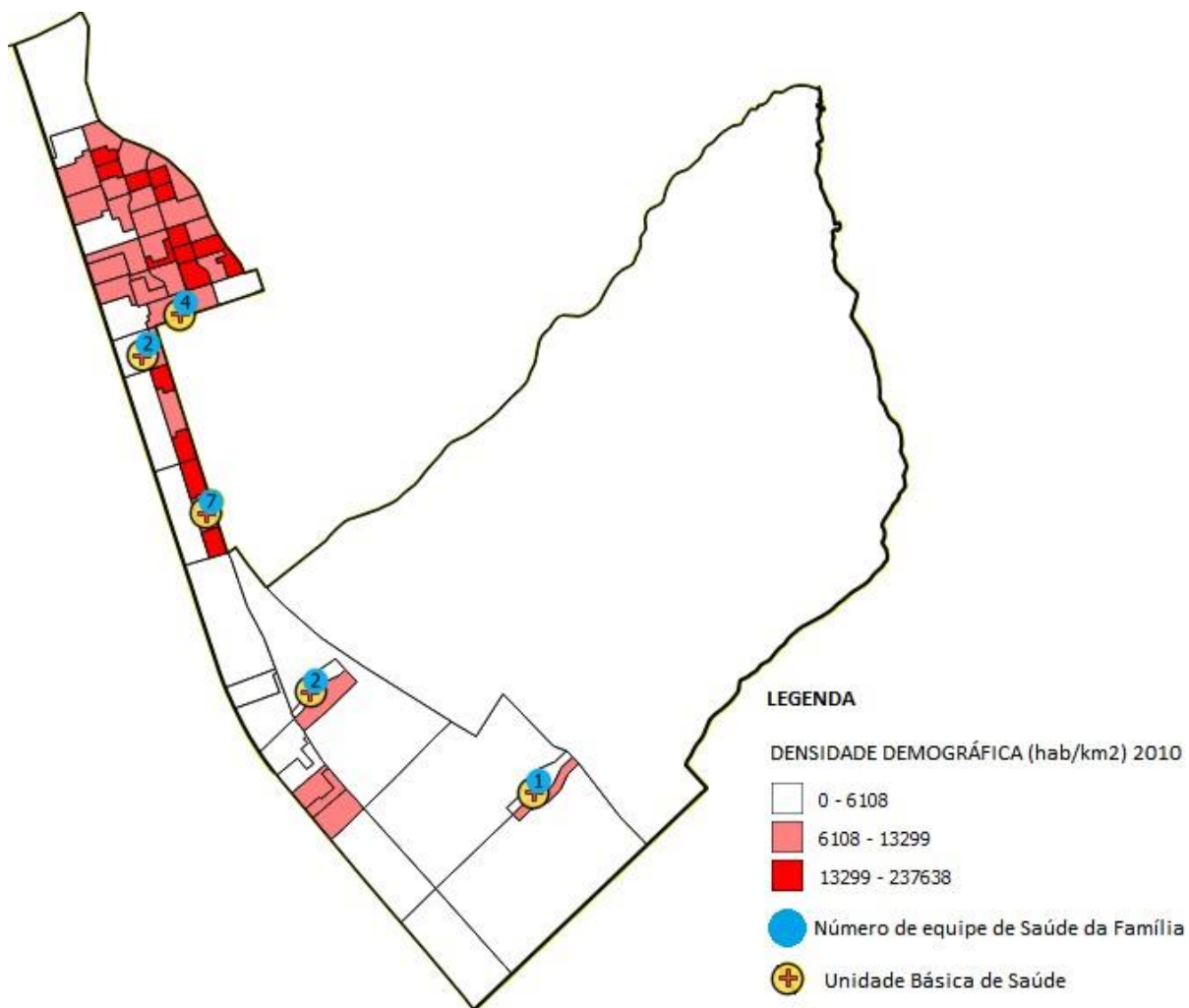


Imagem 21. Distribuição das UBSs na RA nº XXI (Riacho Fundo II) segundo a Densidade Demográfica.

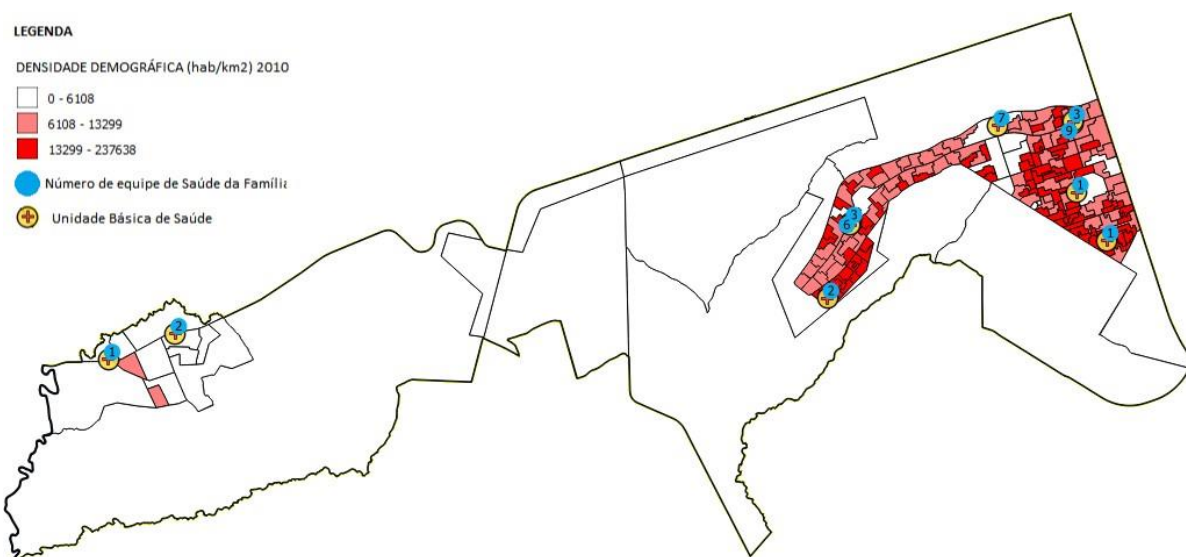


Imagem 22. Distribuição das UBSs na RA nº XXII (Recanto das Emas) segundo a Densidade Demográfica.

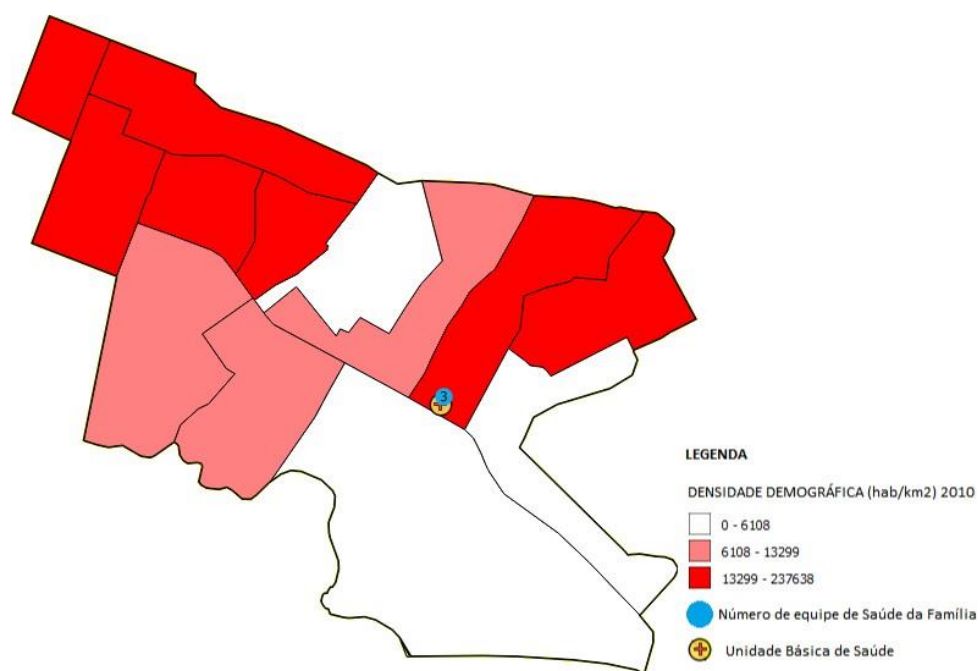


Imagem 23. Distribuição das UBSs na RA nº XXIII (Varjão) segundo a Densidade Demográfica.

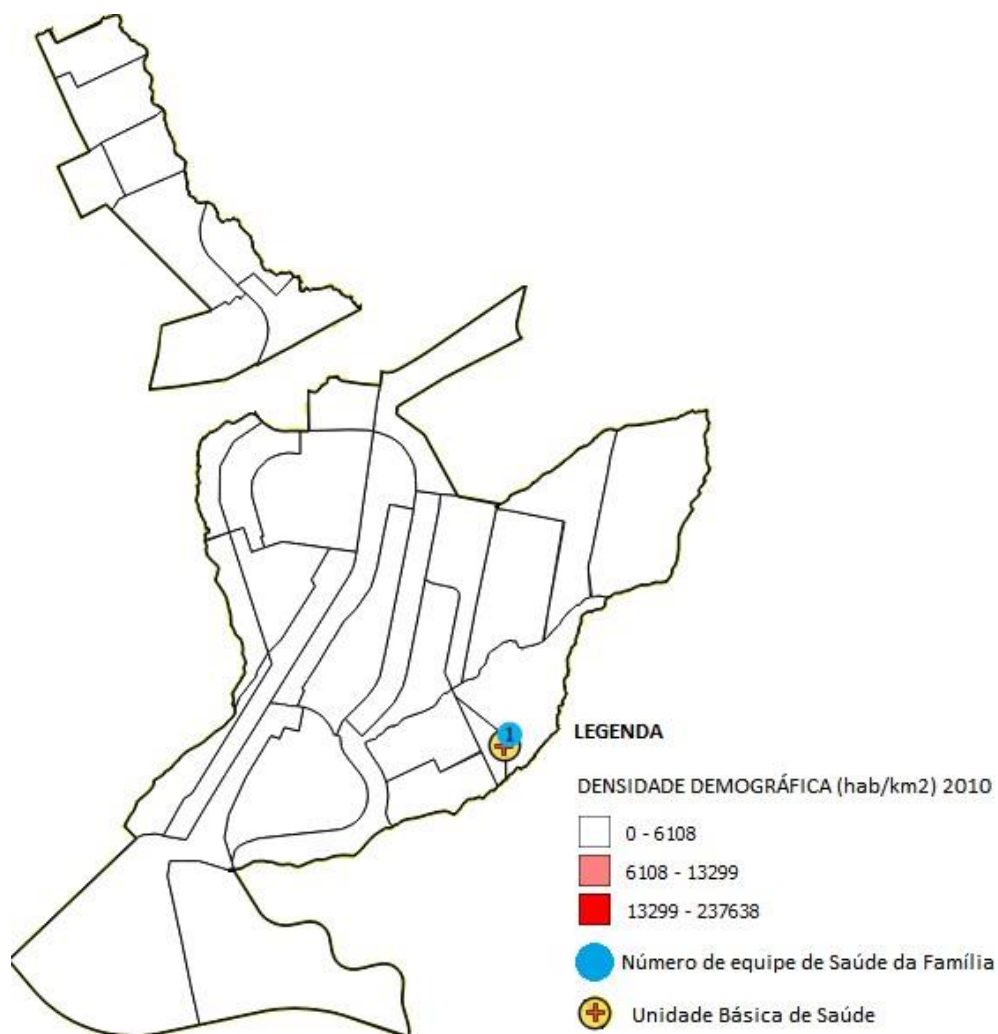


Imagem 24. Distribuição das UBSs na RA nº XIV (Park Way) segundo a Densidade Demográfica.

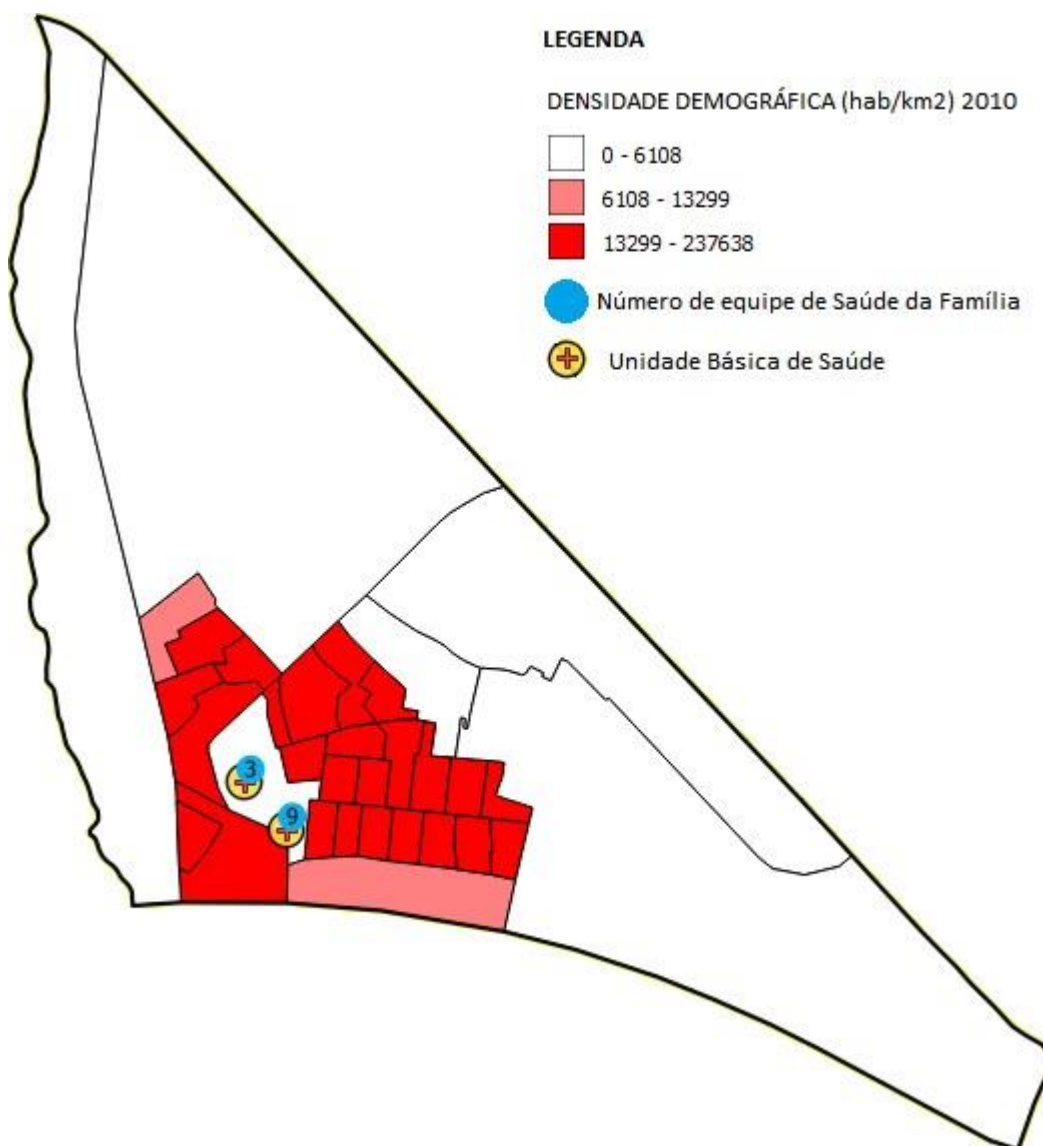


Imagem 25. Distribuição das UBSs na RA nº XXV (SCIA) segundo a Densidade Demográfica.

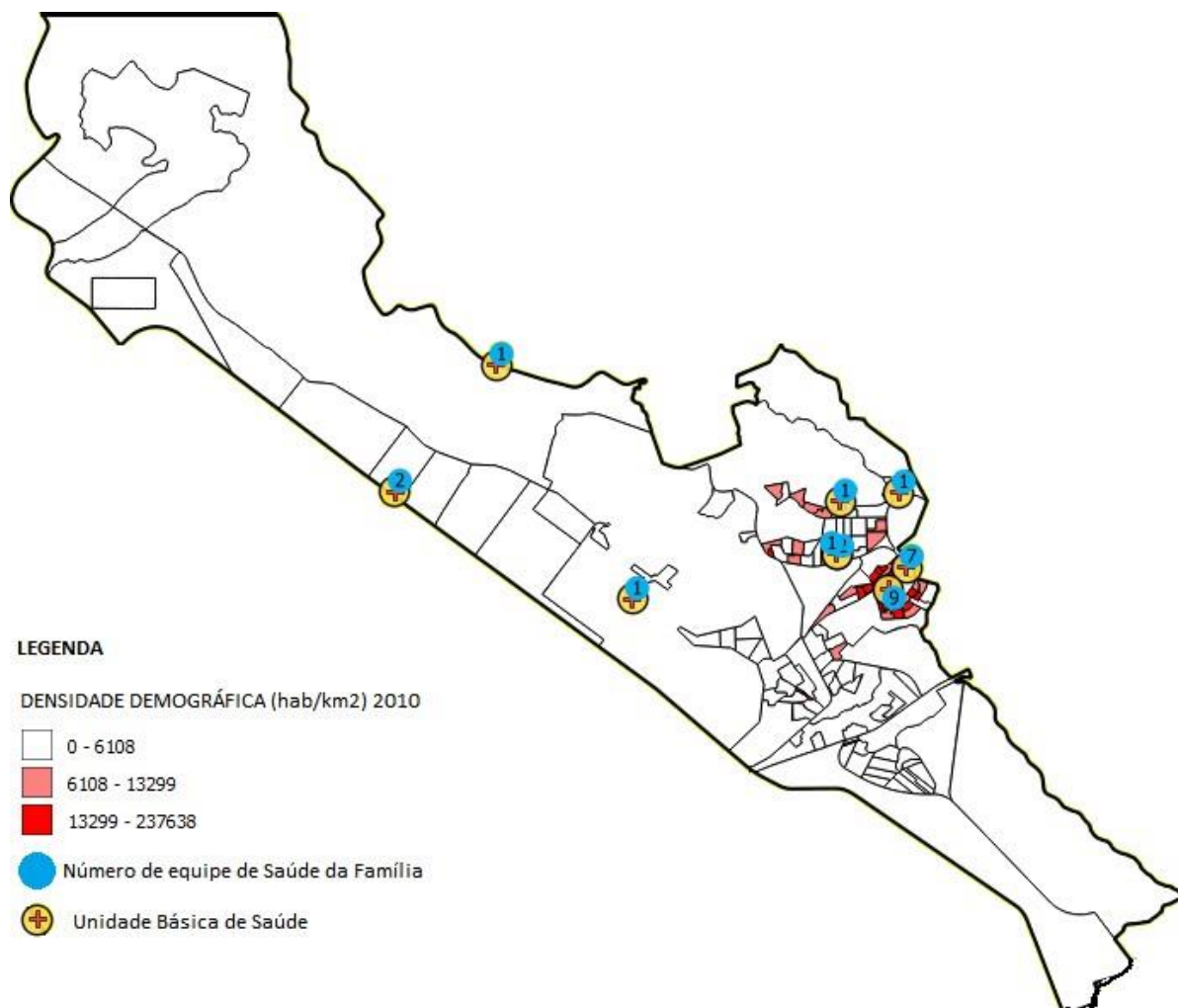


Imagem 26. Distribuição das UBSs na RA nº XXVI (Sobradinho II) segundo a Densidade Demográfica.

LEGENDA

DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab/km2) 2010

0 - 6108

6108 - 13299

13299 - 237638

Número de equipe de Saúde da Família

Unidade Básica de Saúde

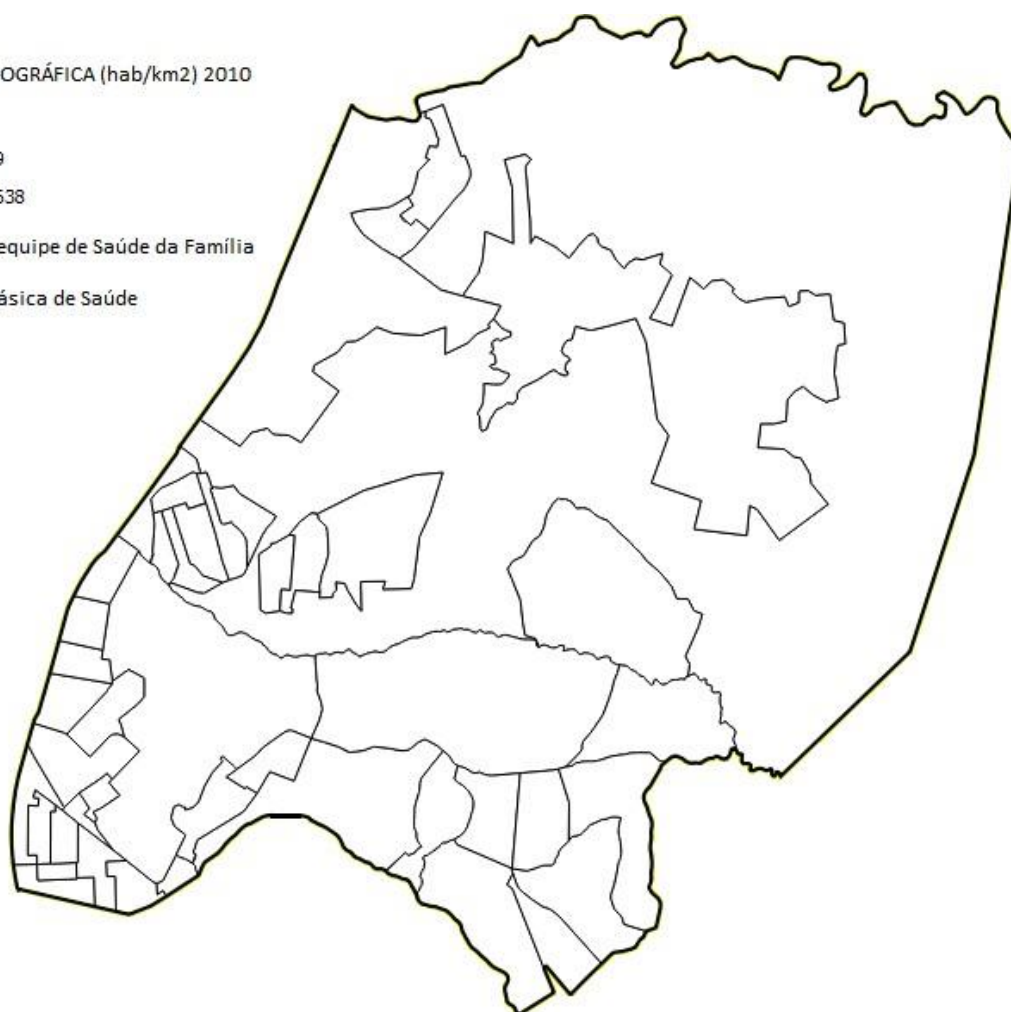
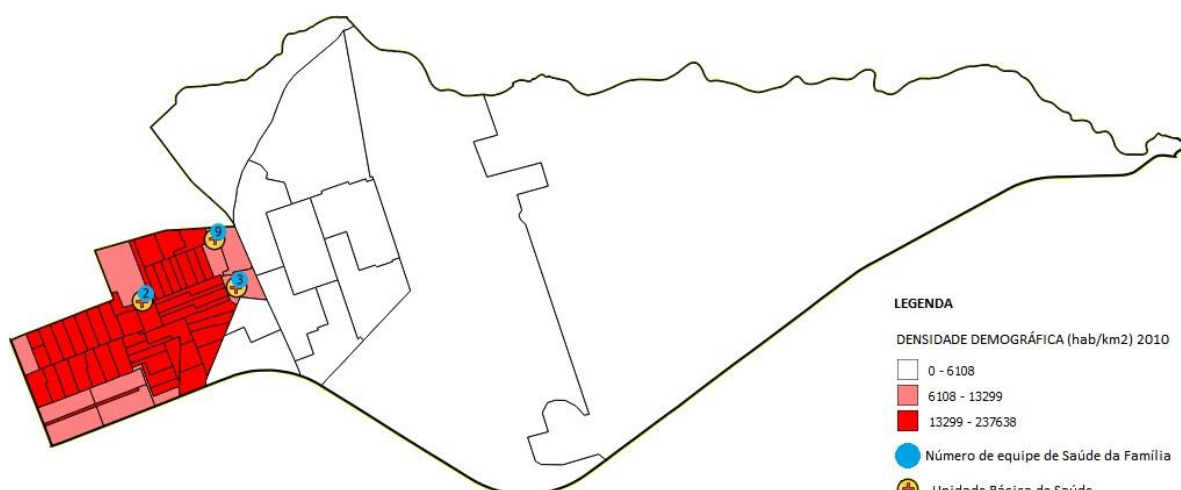


Imagem 27. Distribuição das UBSs na RA nº XXVII (Jardim Botânico) segundo a Densidade Demográfica.



LEGENDA

DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab/km2) 2010

0 - 6108

6108 - 13299

13299 - 237638

Número de equipe de Saúde da Família

Unidade Básica de Saúde

Imagem 28. Distribuição das UBSs na RA nº XXVIII (Itapoã) segundo a Densidade Demográfica.

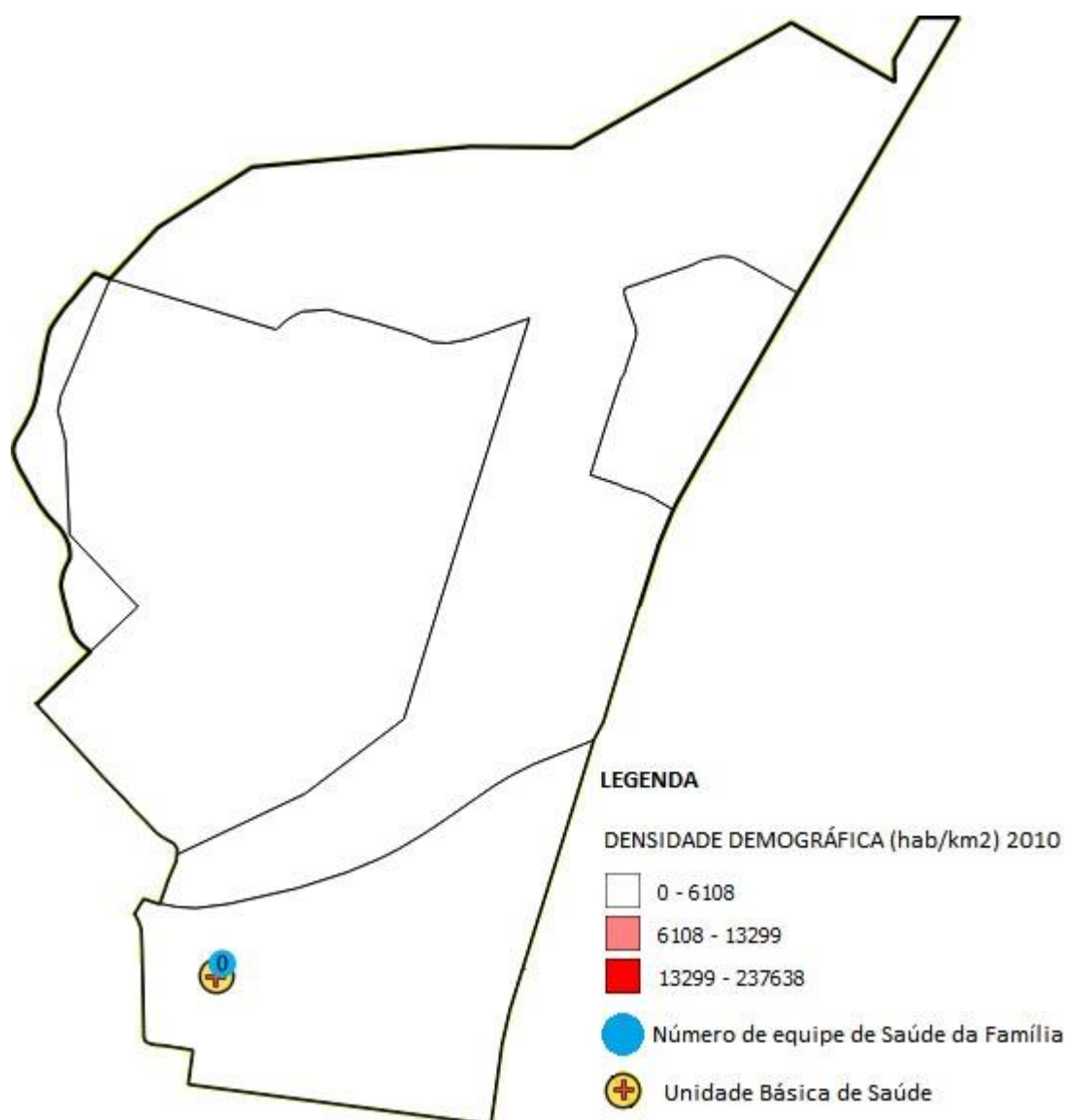


Imagem 29. Distribuição das UBSs na RA nº XXIX (SIA) segundo a Densidade Demográfica.

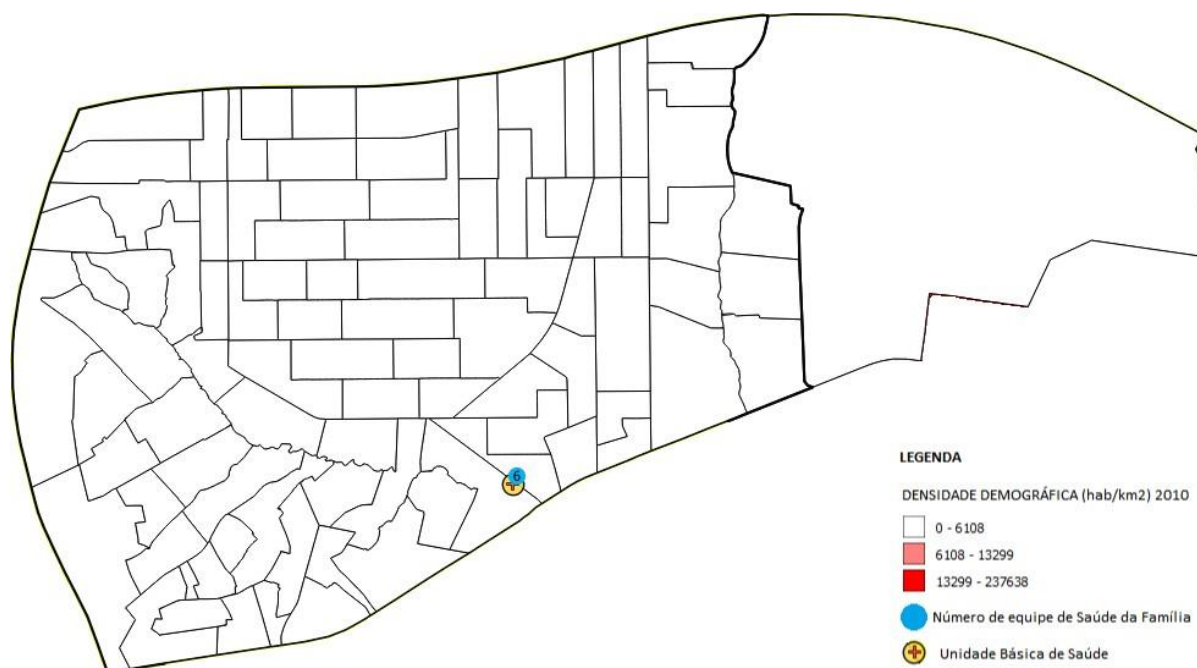


Imagem 30. Distribuição das UBSs na RA nº XXX (Vicente Pires) segundo a Densidade Demográfica.

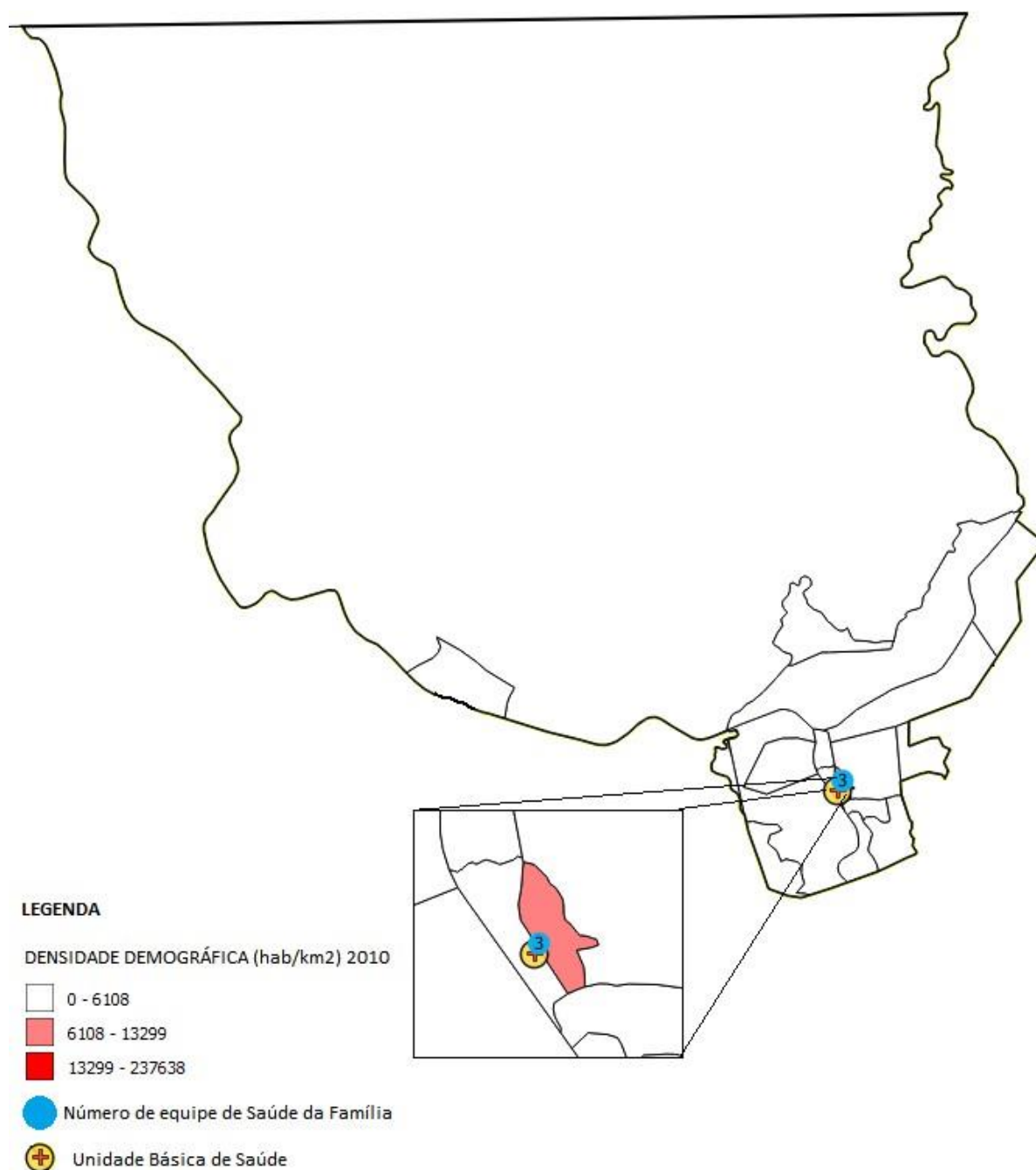


Imagem 31. Distribuição das UBSs na RA nº XXXI (Fercal) segundo a Densidade Demográfica.